Rok XXXVIII. Kraków, 4 Marca 1899. Nr. 9.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 1-0 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

Treść:

Do dzisiejszego Nru dołącza się **Prospekt pierwszej w Austryi ręcznej szwedzkiej lecznicy Dra Józefa Dukieta we Lwowie.**

Rok XXXVIII. Kraków, 4 Marca 1899. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał

Dr. Maksymilian Rutkowski.

(Ciąg dalszy).

TABLICA XI.

Ucisk jelita. ***Compressio intestini.*** **Przypadków 4.**

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
126*	Marya Ch., l. 30.	6 dni	Stan zły. Wymioty częste. Wzdęcie mierne. Guz rozlany w lewem podpępczu	*Occlusio.*	*Laparotom.*	Ciąża zamaciczna lewa, pęknięcie jaja, ucisk.	*Occlusio e compressione gravidit. extrauter.*	*Mors* w 3 godziny.	
127*	Regina Piętak, l. 62.	2 dni	Wymioty, czkawka. Silne bóle. Wzdęcie duże. Torbielak jajnikowy.	*Occlusio e compress. Kystom.*	*Ovariotomia.*	Torbielak jajnikowy, ucisk na jelito cienkie.	*Compressio intest. Kystoma ovar.*	*Sanat.*	
128	Zofia Jolenc, l. 33.	8 dni	Stan zły. Wymioty. Bóle stałe. Wzdęcie znaczne. Torbielak jajnika. Ruchy jelit wybitne.	*Occlusio e compress. ad Kystoma ovarii.*	*Ovariotomia anus praeter natur.*	Zgorzel uciśniętego jelita. Zapalenie otrzewnej.	*Occlusio e compression. aa Kystoma ovarii.*	*Mors* w kilka godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
129	Anna Rozner, l. 64.	4 dni	Przed 2 laty *laparotom.* z jakiego powodu, nie wiadomo. Stan zły. Wymioty częste. Bóle jednostajne. Wzdęcie duże. Torbielak jajnika. Zarysowanie się pętli jelit.	*Compressio ad Kystoma ovarii.*	*Anus praet. naturam.*	Zgorzel powyżej uciśniętego jelita. Zapalenie otrzewnej.	*Occlusio e compress. ad Kystoma ovarii.*	*Mors* w 24 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*

Ucisk polegał na zaklinowaniu jelita pomiędzy guzy, wychodzące z części rodnych wewnętrznych kobiecych, a ściany kostne miednicy. Chore zgłaszały się średnio po 5 dniach choroby z silnymi bólami, bardzo częstemi wymiotami, ze znacznem wyczerpaniem sił.

Rozpoznanie po zbadaniu przez pochwę nie przedstawiało żadnych wątpliwości. Zgorzel jelita pojawiła się 2 razy (128, 129) i to raz (128) w miejscu ucisku, w 129 zaś przypadku powyżej przeszkody. Część doprowadzająca była tu nadmiernie rozdęta.

Operacya polegała na usunięciu guza uciskającego, co powiodło się 3 razy (126, 127, 128), raz zaś (129) wobec zupełnie złego stanu chorej musiano odstąpić od tego doszczętnego zabiegu.

W obu przypadkach zgorzeli jelita po usunięciu części zgorzelinowej, wszyto odcinki jelita w ranę brzuszną. Oba te przypadki zakończyły się śmiercią.

Z ogólnej liczby 4, jedna tylko chora wyzdrowiała, co stanowi 25% wyleczeń.

TABLICA XII.

Zatkanie. *Obturatio.* Przypadków 3.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
130	Tekla B., l. 60.	5 dni	Dawniej zupełnie zdrowa. Żółtaczki, ani kolki żółciowej nigdy nie było. Stan dobry. Bóle napadowe. Wymioty. Wzdęcie mierne. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. mechan.*	*Enterotomia. Extractio calculi biliar. Enterorhaphia.*	W jelicie cienkiem kamień żółciowy kształtu korka. Jelito około kamienia obkurczone.	*Obturatio e calculo biliari.*	*Sanat.*	
131	dtto	2 dni	W 2 tygodnie po poprzedniej operacyi. Stan dość dobry. Wymioty. Bóle napadowe. Ruchy jelit wybitne.	*Infractio intest.*	*Laparotom.* Przesunięto kamień z dolnego odcinka jelita biodrow. do kątnicy.	W dolnym odcinku jelita biodrowego kamień kształtu i wielkości, jak poprzedni.	*Obturatio e calcul. biliar.*	*Sanat.*	W 5 dni po operacyi odszedł kamień ze stolcem.
132	dtto	2 dni	W miesiąc po ostatniej operacyi. Stan zły. Zresztą przypady tesame.	*Obturatio e calculo biliar.*	*Enterotomia, extractio calculi, enterorhaphia.*	Kamień, jak poprzednio, w górnej części jelita biodrowego.	*Obturatio e calculo biliar.*	*Mors.*	

U chorej, która po raz pierwszy zgłosiła się w 5-tym dniu choroby, ze względu na zupełny brak wskazówek tak w wywiadach, jak i badaniu przedmiotowem, można było poznać jedynie niedrożność mechaniczną i to na tle zamknięcia. Otwarcie jamy brzusznej wykazało kamień żółciowy walcowaty o średnicy 3 cm. i wysokości 3 cm. około którego ściany jelita były silnie obkurczone. Wzdęcia zastoinowego prawie nie było. W przeciągu siedmiu tygodni przypady te jeszcze 2 razy się powtórzyły. Stan ogólny oczywiście coraz więcej podupadał. Leczenie polegało za każdym razem na otwarciu jamy brzusznej. 2 razy wyjęto kamień przez poprzeczne nacięcie ściany jelita z następowem zeszyciem. Raz wobec tego, że kamień znajdował się tuż przed zastawką Bauhina, przesunięto go z jelita biodrowego do kątnicy. Kamień w 5 dni odszedł ze stolcem. Chora po trzeciej operacyi zmarła wśród znacznego wyniszczenia.

TABLICA XIII.

Niedrożność z powodu blizny. *Occlusio e cicatrice.* Przypadków 3.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
133*	Teodor Ludrański, l. 36.	Kilka dni	Podobne napady co kilka tygodni od 2 lat. Nudności, wymioty. Bóle napadowe. Guz wielkości jaja gęsiego na prawo od pępka.	*Occlusio e cicatrice.*	*Laparotom.*	Kątnica o ścianach zgrubiałych.	*Stenosis coeci e typhlitid. chron.*	*Sanat.*	
134*	Hinda Engel, l. 48.	10 dni	Przebywała dur brzuszny. Od $1^1/_2$ roku stolec zaparty. Wymioty. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne. Ruchy wybitne.	*Occlusio e cicatrice.*	*Enteroanastomos.*	Zwężenie bliznowate kiszki wstępującej.	*Occlusio e cicatrice coli ascend.*	*Mors* w 24 godzin.	
135	Franciszek Zaleśny, l. 43.	5 dni	Przed 2 laty choroba połączona z bólami brzucha. Nudności. Wymioty. Bóle napadowe. Brzuch miernie wzdęty. Ruchy jelit wybitne.	*Occlusio e cicatrice.*	*Enteroanastomos.*	Blizna okrężna jelita cienkiego, jelito powyżej rozdęte, ściany zgrubiałe.	*Occlusio e cicatrice.*	*Sanat.*	

Niedrożność, powstałą wskutek blizny okrężnej, spostrzegaliśmy zaledwie 3 razy. Wszyscy chorzy zgłaszali się po dłuższym już czasie trwania objawów zupełnej niedrożności. Odpowiednio do przewlekania się cierpienia odżywienie ich było znacznie podupadłe. W wywiadach chorzy wyraźnie zaznaczali, że podobne objawy przebywali już kilkakrotnie, choć w mniejszym stopniu. Wzdęcie bywało mierne, niejednostajne, kształt odpowiednio do siedziby przeszkody różny. Ruch jelit nadzwyczaj wybitny, a kierunek jego był stały.

Blizna raz zajmowała całą kątnicę, w drugim przypadku zaciskała okrężnie kiszkę wstępującą, wreszcie w trzecim jelito cienkie. Przyczyny powstania blizny nie można było dokładnie określić.

Postępowanie nasze polegało na usunięciu, a względnie ominięciu przeszkody w 2 przypadkach t. j. na wykonaniu entero-anastomozy.

Wyleczeń uzyskano 66·6%.

Jeden chory umarł z powodu zapadu po operacyi.

TABLICA XIV.

Gruźlica jelita. *Tuberculosis intestini.* Przypadków 8.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
136*	Frajde Rubel, l. 12.	24 godzin	Nagle wskutek błędu dyetetycznego silne bóle, wymioty. Siły słabe. Wzdęcie kuliste. Ruchy wybitne.	*Torsio intest.*	*Laparotom.*	Cała otrzewna zasiana guzkami.	*Peritonitis tbc.*	*Mors* w 24 godzin.	
137*	Rozalia Bodzoń, l. 30.		Choroba od kilku lat. Od kilku zaś tygodni gwałtowne objawy. Silne bóle. Wymioty. Wzdęcie kopułowate. Ruchy jelit wybitne.	*Occlusio e cicatrice.*	*Enterostomia.*	Obok rozdętych jelit cienkich znaleziono naciek wielkości sporej pięści w kątnicy, przybity do tylnej ściany. Gruczoły zajęte.	*Tubercul. coeci.*	*Sanat.*	W kilka tygodni po operacyi przetoka jelitowa zamknęła się, a kał bez dolegliwości przechodzi drogą naturalną. Guz zmniejszył się. W kilka lat później zmarła wskutek gruźlicy płuc; naciek gruźliczy w kątnicy.
138*	Rudel Kemplerowa, l. 43.	12 dni	Od 6 miesięcy objawy zwężenia. Wymioty. Bóle silne. Wzdęcie mierne. Ruchy wybitne.	*Occlusio e cicatrice.*	*Laparot.*	Jelito biodrowe z kątnicą zrośnięte w jedną masę. Liczne guzki na otrzewnej.	*Strictura coeci tbc. Peritonitis tbc.*	*Mors* w 24 godzin.	
139*	Dziewczyna l. 14.	5 dni	Stan zły. Wymioty. Bóle nagłe, ciągłe. Wzdęcie jednostajne.	*Torsio. Peritonitis.*	*Laparot.*	Gruzełki rozsiane na otrzewnej. Kątowate zagięcie od zwyrodnienia gruczołu.	*Accretio angularis. Tbc. peritonei et glandul.*	*Mors* w 24 godzin.	
140*	Stanisław Zdechlikiewicz, l. 18.		Od roku objawy zwężenia. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne. Ruchy wzmożone.	*Occlusio e cicatrice.*	*Resectio coeci Enterorhaphia.*	Kątnica gruźliczo naciekła, wielkości pięści.	*Tbc. coeci.*	*Sanat.* w 3 tygodnie.	Po 2 latach zdrów.
141*	Franciszka Bełdowa, l. 25.	10 dni	Wymioty kałowe. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne. Ruch wybitny.	*Stenos. intest.*	*Laparot. Lysis.*	Rozsiane guzki na otrzewnej. Kątowate zagięcie jelita wskutek przyrośnięcia do zwyrod. gruczołu.	*Tbc. periton. Accretio angular.*	*Sanat.*	W przebiegu *dehiscentia vulner.* z powodu kaszlu.
142	Antonina Marzec, l. 43.	7 dni	Od 9 lat bóle i zaparcie stolca. Stan lichy. Wymioty. Silne bóle napadowe. Wzdęcie znaczne. Wolny płyn w jamie brzusznej. Ruchy wybitne.	*Tbc. intest.*	*Enteroanastom.*	Otrzewna zasiana guzkami. W górnej części jelita biodrowego zwężenie.	*Tbc. ilei.*	*Sanat.*	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
143	Marya Żbik, l. 34.	Kilka dni	Od dawna bóle brzucha. Obecnie wymioty. Bóle ciągłe. Wzdęcie duże. Wolny płyn. Ruchy wybitne.	*Tbc. intest.*	*Lysis.*	Liczne zrosty między jelitami powodują zagięcie. Gruczoły powiększone. Wycięty gruczoł okazuje zmiany gruźlicze.	*Accretiones tbc.*	*Sanat.*	

Gruźlicę jako przyczynę niedrożności zupełnej spostrzegaliśmy 8 razy. Przeważał wiek młody. Wywiady wskazywały na długie trwanie cierpienia. Początek niedrożności zazwyczaj bywał dość gwałtowny. 7 razy pojawiły się wymioty dość częste a raz kałowe (141) po 10 dniach choroby. Bóle zazwyczaj bardzo silne, 4 razy występowały napadowo. Wzdęcie brzucha 6 razy było miernego stopnia, a 2 razy (142, 143) znacznych rozmiarów i w tych przypadkach dał się zarazem wykazać wolny płyn w jamie otrzewnej. Wybitny ruch o stałym kierunku, a mianowicie ku przeszkodzie, stwierdzono 7 razy. Zamknięcie światła jelita powstawało najczęściej wskutek kątowatych zagięć z powodu zrostów, jako wytworu gruźliczego zapalenia otrzewnej, rzadziej jako następstwo naciku gruźliczego w samej ścianie jelita i to znów albo zajmującego znaczniejszą przestrzeń (2 razy *tbc. coeci),* albo też tworzącego okrężny, wąski pasek (raz *tbc. int. ilei).* Ściany jelita, położonego powyżej przeszkody, były przerosłe w rozmaitym stopniu. Najwybitniejszy przerost odnosił się do tych przypadków, w których ściana jelita była bezpośrednio zajęta przez sprawę gruźliczą. W przypadkach zrostów z następowem zagięciem usuwano zrosty (5 razy). U chorego 137 z naciekiem w kątnicy założono rzyć sztuczną z wyleczeniem. W drugim przypadku gruźliczego zajęcia kątnicy wycięto ją również ze skutkiem pomyślnym. Raz wykonano ze skutkiem pomyślnym entero-anastomozę z powodu okrężnego zaciśnięcia jelita biodrowego. Wogóle wyleczono chorych 5 t. j. 62·5%. (C. d. n.).

II. Biologiczny sposób wykrywania arsenu zapomocą hodowli pleśni.

(Demonstracya w Tow. Lek. Krak. w dniu 1/II 1899).

PODAŁ

O. Bujwid.

Przypuszczenia, że pleśnie mogą sprowadzać wytwarzanie się arsenowodoru, datują się od dawna; opierając się na tem różni badacze wspominają o szkodliwości obić, malowanych zielenią Szweinfurcką i zielenią Scheelego, które zawierają arsen [1]). Podobnie działać mają niektóre barwniki czerwone, zawierające arsen. Dawniejszym przypuszczeniom brakło jednak badań doświadczalnych, które mogły nastąpić dopiero z udoskonaleniem sposobów stosowanych w bakteryologii przy otrzymywaniu czystych hodowli.

Zapomocą środków, jakie obecnie posiadamy, można było przekonać się dowodnie, że niektóre gatunki pleśniowców posiadają tę własność wytwarzania gazowych produktów o charakterystycznej woni arsenowodoru z połączeń arsenu. Gosio [2]) w r. 1892 ogłosił dwie prace w tym przedmiocie i opisał szereg pleśniowców, które w ten sposób działają, n. p. *Mucor Mucedo, Aspergillus glaucus* i *Penicillium glaucum.* Szczególnie odznacza się z pośród nich pewien rodzaj pędzelkowca, *Penicillium brevicaule,* który może służyć za łatwy odczynnik do wykrycia arsenu.

Gdy do hodowli tego pleśniowca, rosnącego na ziemniaku w postaci białej, podobnej do puchu masy, dodamy drobny ślad połączenia, zawierającego arsen, natenczas już po kilku godzinach w ciepłocie 37° C. można zapomocą powonienia odczuć właściwy czosnkowy zapach, który staje się bardzo wyraźnym po 24 godzinach.

Abba [2]) badając zachowanie się tego pleśniowca wobec innych środków chemicznych, nie mógł wykryć wobec żadnego z nich owego charakterystycznego zapachu. Bakterye gazu tego nie wytwarzają. Ponieważ własność tę możnaby zużytkować przy rozmaitych próbach sądowo-lekarskich, postanowiłem oznaczyć granicę działania tego sposobu. W tym celu uprosiłem p. Dra Wróblewskiego, inspektora Zakładu badania środków spożywczych o przygotowanie tak słabego roczynu kwasu arsenawego, ażeby chemiczne badanie dawało tylko bardzo niepewne wyniki.

Rozczyn ten, którego 0,1 cm.³ zawiera 0,1 mgr. arsenu, ilość dającą w aparacie Marsha zaledwo dostrzegalne zwierciadło, stosowałem w ilościach dziesięć do dwudziestu razy mniejszych (0,01—0,005 mgr. arsenu) i otrzymywałem za każdym razem wyraźny zapach czosnkowy. Zapomocą tego biologicznego sposobu wykryć można arsen tam nawet, gdzie najczulsza metoda chemiczna, badanie w przyrządzie Marsha, nie wystarcza lub daje tylko przybliżone wyniki. Jak widać z powyższego doświadczenia, sposób ten da się zastósować w różnych badaniach, w których ilość badanego materyału będzie bardzo małą; można będzie również zapomocą tego sposobu wykonać badanie wstępne w celu przekonania się o obecności arsenu w obiciach, materyach do ubrania służących, barwikach, środkach spożywczych. Abba wykrył zapomocą tej metody obecność arsenu w moczu chorego, któremu arsen podawano w przetworach leczniczych. Innym razem wykonał badanie wielkiej ilości skór bydlęcych, sprowadzonych z Indyj, na obecność arsenu z wynikiem dodatnim.

Metoda ta nadaje się oczywiście do badań takich, które nie wymagają oznaczenia ilościowego i służyć może tylko do szybkiego zoryentowania się w sprawie obecności lub braku arsenu w licznych próbach, które naraz wykonać potrzeba. W tym też celu może służyć jako cenny sposób

¹) Fleck: Ztschr. f. Biologie T. 8. S. 444

²) Centr. f. Bacter. II. Abt. IV T. N. 21. i Rivista d'Igiene T. VII. Fasc. II. Obok arsenowodoru zdaniem Gosio mają się wytwarzać inne ciała o charakterystycznej woni czosnkowej.

przygotowawczy do badań sądowo-lekarskich, które oczywiście nie mogą polegać wyłącznie na tym sposobie, jako zbyt podmiotowym.

Hodowla *Penicilium brevicaule*, którą otrzymałem z Turynu, dzięki uprzejmości Dra Abba, dyrektora stacyi bakteryologicznej, rośnie podobnie do innych pleśniowców. Najlepszą pożywką są gotowane ziemniaki. Sposób wykonania badania na arsen jest następujący: Do probówki z rozwiniętą już hodowlą pleśniowca na gotowanym ziemniaku dodajemy płyn badany lub materyał suchy sproszkowany i zmoczony wodą wyjałowioną, poczem stawiamy do termostatu na 24 godzin. Zapach arsenowodoru daje się czuć w razie obecności arsenu po tym czasie bardzo wyraźnie.

Działanie pleśniowca można wyjaśnić w ten sposób, że hodowla jego posiada zdolność odtleniania związków tlenowych, czyli zdolność redukcyi. Jest to własność wspólna wielu grzybkom: w ten sposób gips, czyli siarkan wapna, w obecności pewnych bakteryj i bezwodnika kwasu węglowego rozkłada się na siarczek, a w dalszym ciągu na węglan wapna i siarkowodór; w sposób podobny powstają również inne produkta, mniej utlenione. Sprawy chemiczne, jakie tutaj zachodzą, są jednak bardzo złożone i w sposób prosty zapomocą jednej formuły nie dadzą się zapewne wytłómaczyć. Nie chcę i nie mogę wchodzić w bliższe szczegóły w tej chwili, gdyż byłoby to rzeczą odrębnych studyów. Moim zamiarem było podać do wiadomości naszych lekarzy tę ciekawą sprawę biologiczną, która może mieć nawet pewne zastosowanie praktyczne.

III. **Z oddziału I. b) chorób wewn. szpitala św. Łazarza w Krakowie pod kierunkiem Radcy Prym. Dra Krokiewicza.**

O wpływie lawatyw odżywczych na wydzielanie soku żołądkowego.

Napisał

Dr. J. Ziarko.

Badania fizyologiczne Voita i Bauera z drugiej połowy tego stulecia rzuciły wiele światła na sprawę żywienia ustroju; wykazały, że nietylko żołądek, ale i jelita są zdolne do przyswajania pokarmów i że one odgrywają nawet o wiele ważniejszą rolę w czynności trawienia. W przypadkach Czernego, Kaisera, Pachona, Carvalla i Monariego[1]) psy po wycięciu całego żołądka dość długo utrzymywały się przy życiu dzięki zdolności trawiennej jelit. Podobnie i u człowieka Langenbuch[2]) i Schlatter[3]) dokonali prawie w całości wycięcia żołądka, z pomyślnym wynikiem dla chorego.

Powyższe spostrzeżenia naukowe znalazły potwierdzenie w klinicznem zastosowaniu odżywiania jelitowego (Eichhorst, Leube, Ewald i wielu innych) zapomocą tak zwanych lawatyw odżywczych.

Jednakże lawatywy odżywcze mogą tylko przez pewien czas utrzymać ustrój w równowadze odżywienia, gdyż nie dostają się do jelita cienkiego, gdzie na pokarmy działa tak silnie trawiący sok trzustkowy, ale tylko do jelita grubego, odznaczającego się wskutek warunków anatomicznych już w stanie fizyologicznym nieznaczną zdolnością wchłaniania i przyswajania treści pokarmowej. Odnośne badania Nenckiego[4]) pouczają, że w jelicie grubem zaledwie 14·25% białka ulega strawieniu i wessaniu. Nadto odbytnica pomimo doboru najmniej drażniących pokarmów płynnych i odpowiedniej ciepłoty staje się z czasem bardzo wrażliwa, przez co ten zabieg odżywczy może być z wielką tylko oględnością stosowany.

Mimo tylu ujemnych stron, stosowanie lawatyw odżywczych ma dotychczas doniosłe znaczenie praktyczne w niektórych sprawach chorobowych, gdzie chodzi u uchronienie schorzałych części żołądka lub dwunastnicy od drażniących wpływów miazgi pokarmowej; jak np. przy krwotokach żołądka na tle owrzodzeń, po operacyach żołądka itp. Najczęściej też wskazanie do stosowania lawatyw odżywczych stanowi wrzód okrągły żołądka lub dwunastnicy, a przeciąg kilkunastu dni, przez jaki stosuje się odżywianie przez odbytnicę, jest dostateczny do usunięcia lub poprawienia stanu chorobowego.

Korzystne wyniki leczenia zapomocą lawatyw odżywczych podaje Boas[5]) na podstawie spostrzegania klinicznego przeszło stu przypadków. Również i Donkin wspomina o znakomitym wyniku żywienia chorych wyłącznie przez odbytnicę; sposób ten stosował on nawet przez 23 dni.

Jak się zachowuje błona śluzowa żołądka w przebiegu stosowania lawatyw odżywczych, nie jest rzeczą dotychczas ostatecznie rozstrzygniętą. Chociaż w literaturze spotykamy się z wzmiankami, iż w przebiegu sztucznego żywienia przez odbytnicę, błona śluzowa żołądka znajduje się w spoczynku, to jednak, zdaniem naszem, rzecz ta wymaga jeszcze bliższego rozpatrzenia. Znane bowiem spostrzeżenia fizyologiczne wykazują, iż drażnienie nerwów węchu lub smaku wywołuje zwiększone wydzielanie soku żołądkowego drogą odruchową. I tak np. Parlow i Szumalowa[6]) zauważyli u psów, po podwiązaniu przełyku i założeniu przetoki żołądkowej, wydzielanie się soku żołądkowego po podaniu pokarmu, jakkolwiek nie mógł się on dostać do żołądka. Nasuwa się zatem przypuszczenie, że w przypadkach stosowania lawatyw odżywczych błona śluzowa żołądka zostaje podrażniona na drodze odruchowej i stąd też utrzymuje Dr. Winternitz[7]), iż odżywianie ustroju przez odbytnicę jest przy wrzodzie okrągłym żołądka nieodpowiednie, w ten sposób bowiem występuje zwiększone wydzielanie kwasu solnego w żołądku, a tem samem utrzymują się warunki, sprzyjające rozwojowi wrzodu okrągłego.

Dla wyjaśnienia tych sprzeczności wykonałem szereg doświadczeń, których wynik przedstawia się następująco:

1) Paweł O. lat 27, wyrobnik fabr. Rozp. klinicz.: *Hyperaciditas digestiva, atonia ventr. min. grad.* Z żołądka na czczo wydobyto metodą aspiracyjną około 2 ccm. treści jasnej, oddziaływania słabo kwaśnego. Próba Kongo +. W godzinę po lawatywie odżywczej *(modo*

---

[1]) Experimentelle Untersuchungen über die Abtragung des Magens und des Dünndarms beim Hunde. Beiträge z. Kl. Chirurgie XVI.

[2]) Ueber zwei totale Magenresectionen beim Menschen. Deutsche med. Wochenschr. 1894. p. 968.

[3]) Correspondenzblatt fr. Schw. Aerzte 1897, Nr. 23.

[4]) Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum. Von Prof. Dr. H. Nothnagel I Th. A. S. 11.

[5]) Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. I Th. 298 1897 f.

[6]) Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej. Dr. W. Jaworski. 389. 1899 r.

[7]) Medizin. chirurg. Centralblatt 24. 1898.

Boas) wydobyto 10 ccm. treści śluzowej, oddziaływania obojętnego a w 9 kwandr. 2 ccm. treści przeważnie śluzowej, oddziaływania zasadowego.

2) Piotr O., lat 24, wyrobnik. Rozp. klin. *Rheumatismus musculor.* Na czczo wydobyto kilka kropel treści jasnej, bardzo słabo kwaśnej; w godzinę po lawatywie odżyw. 14 ccm. treści zielonkawo zabarwionej (pochodzącej z dwunastnicy?), kwaśnej, o kwasocie 12 (wskaźnik: fenolftaleina); próba Günzburga na HCl. —; próba Uffelmanna na kwas mlekowy; w $2^1/_2$ godziny wydobyto 3 ccm. treści jasnej, ciągnącej się, oddział. zasadowego.

3) Julia B., lat 17, służąca. Rozpoz. klin.: *Hyperacid. digest.* Na czczo wydobyto $5^1/_2$ ccm. treści kwaśnej, śluzowej, o kwasocie 60, próba na HCl. Günzburg +; w 2 godziny po lawatywie odżyw. 6 ccm. treści jasnej, sporo śluzu zawierającej, kwaśnej; kwasota 45. próba Günzburg +.

4) Szymon Sz., lat 40, wyrobnik. Rozp. klin.: *Ulcus ventr., catarrhus acidus, gastrectasia.* Wieczorem żołądek przepłókano zwykłą, ciepłą wodą; następnego dnia na czczo wydobyto 130 ccm. treści dość mętnej, białawej o skąpym osadzie, ciągnącej się; kwasota 40; próba Günzburga +; w 2 godziny po lawatywie odżyw. kilka kropel treści śluzowej, oddział. zasadowego.

5) Jakób W., lat 43, wyrobnik. Rozp. klin.: *Ulcus ventr., gastrectasia.* Wieczorem żołądek przepłókano wodą zwykłą, ciepłą: nazajutrz rano na czczo wydobyto 35 ccm. treści półpłynnej, w dwie warstwy się układającej, o kwasocie 90. W dwie godziny po lawatywie odżyw. 22 ccm. treści na pół płynnej, o kwasocie 72.

6) Wojciech L., lat 34, kamieniarz. Rozp. klin.: *Lumbago.* Na czczo 5 ccm. treści słabo kwaśnej, próba Günzburga +; w godzinę po lawatywie odż. 2 ccm. treści obojętnej; w $1^1/_2$ godziny kilka kropel treści śluzowej.

7) Marya St., 24 lat, służąca. Rozp. klin.: *Catarrhus gastro-duodenalis.* Na czczo wydobyto 18 ccm. treści płynnej, barwy słabo winowej, lekko mętnej od obecności smug i strzępków śluzu, kwaśnej; próba Günzburga +; kwasota 40. W dwie godziny po lawatywie odż. wydobyto kilka kropel treści obojętnej.

8) Jakób O., lat 28, wyrobnik. Rozp. klin.: *Polyarthritis subac.* Na czczo metodą aspiracyjną nic nie wydobyto; w $1^1/_2$ godziny po lawatywie odż. wyciągnięto kilka kropel (z oczka zgłębnika) treści śluzowej, kwaśnej, próba Günzburga +; kwasota około 20 (zgłębnik pozostawał w żołądku przez 2 minuty).

9) Antoni S., lat 37, ślusarz. Rozp. klin.: *Retractio apicis d. chloroanaemia.* Na czczo wydobyto met. asp. kilka kropel (z oczka zgłębnika) treści śluzowej, kwaśnej, próba Günzburga +; kwasota około 25. W $1^1/_2$ godziny po law. odżyw. nie wydobyto nic treści (w oczku zgłębnika treść zasadowa).

10) Jędrzej B., lat 37, cieśla. Rozp. klin.: *Influenza.* Na czczo nie wydobyto nic treści (treść w oczku zgłębnika alkal. śluz.); w $1^1/_2$ godziny po law. odżyw. nic nie wydobyto.

Powyższy szereg przypadków wykazuje, iż w przeciągu $2^1/_2$ godziny po podaniu lawatywy odżywczej, ani ilość soku żołądkowego nie zwiększyła się, ani kwasota się nie podniosła, coby musiało nastąpić, gdyby przy tym zabiegu leczniczym przychodziło do czynności wydzielniczej żołądka. Owszem przypadki powyższe zgodnie wykazują, iż w treści, zalegającej w żołądku, po stosowaniu lawatyw odżywczych zawsze następuje obniżenie kwasoty. Doświadczenia te zatem przemawiają bardzo za stosowaniem lawatyw odżywczych po krwotokach w przebiegu wrzodu okrągłego, wbrew twierdzeniu Winternitza. Na czem polega obniżenie się kwasoty w treści żołądkowej przy stosowaniu tego zabiegu odżywczego, trudno z całą stanowczością odpowiedzieć. Najprawdopodobniej, zdaniem naszem, przy trawieniu wyłącznie jelitowem następuje odruchowo zahamowanie czynności ośrodków wydzielniczych żołądka, a śluz wydzielający się stale (podobnie jak na wszystkich błonach śluzowych), jakkolwiek w małej ilości, ale na wielkiej powierzchni, nagromadza się w tym stopniu, że zdoła obniżyć kwasotę treści zalegającej w żołądku.

Za zachętę do niniejszej pracy i odstąpienie odpowiedniego materyału miło mi na tem miejscu złożyć Prymaryuszowi Drowi A. Krokiewiczowi wyrazy szczerej podzięki.

IV. Oceny i sprawozdania.

Krew w wysokich górach

podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

Prof. Dr. A. Jaquet i Dr. F. Suter (Bazylea): **Ueber die Veränderungen des Blutes im Hochgebirge.** *(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1898, Nr. 4).

Doc. Dr. Ossian Schauman i Dr. Emil Rosenqvist (Helsingfors): **Ueber die Natur der Blutveränderungen im Höhenklima** *(Zeitschrift für klinische Medicin*, 1898, Tom 35, Zeszyt 1, 2, 3, 4).

Do niedawna wpływ klimatu górskiego na ustrój ludzki był jakąś ilością niewymierną, której nie było można oznaczyć nawet w przybliżeniu. Wiedziano, że powietrze górskie skrzepia, ale zresztą nic więcej. Aż naraz przypadkowo odkryto, że ilość ciałek czerwonych krwi w wysokich górach znakomicie wzrasta. Rzucono się więc do badań w tym kierunku skwapliwie ze względu na wielkie znaczenie objawu, tak teoretyczne, jak i praktyczne. — Odosobnione spostrzeżenie, zrobione na krwi baranów, potwierdziło się na krwi ludzkiej, na rozmaitej wysokości ponad poziomem morskim.

Objaw ten, bądź co bądź bardzo ciekawy, pojmowano różnie. Powstały dwa zapatrywania. Zwiększenie ilości ciałek czerwonych krwi jest istotne, bezwzględne, — mówili jedni, tylko pozorne, względne, — twierdzili inni. Przyczyna, że mogły powstać tak wręcz sprzeczne zapatrywania, leży w warunkach naszego sposobu badania ilości ciałek czerwonych krwi. Ze stosunku ilości ciałek w kropelce krwi wyprowadzać musimy wnioski o całości!

Już badania zmarłego fizyologa szwajcarskiego prof. F. Mieschera (1893) i jego uczniów, a poprzednio jeszcze uczonych francuskich, zdawały się przemawiać za zdaniem, że w zwiększeniu ilości ciałek czerwonych krwi tkwi rzeczywista, istotna zmiana ilościowa, nie zaś pozorna. Prace Jaqueta i Sutera, oraz Schaumana i Rosenqvista podjęte oddzielnie w Bazylei, w Szwajcaryi, i w Helsingforsie, w Finlandyi, rzuciły wiele światła na tę sprawę i dzisiaj już nie ulega wątpliwości, iż w wysokich górach następuje istotne, bezwzględne zwiększenie ilości ciałek czerwonych krwi. Badania te nawzajem się popierają i stanowią w wynikach zgodną całość. Nim podamy bliższe ich szczegóły, rozprawmy się z przeciwnem przekonaniem, jakoby zwiększenie ilości ciałek było pozorne. Wypowiedzieli je Grawitz, Bunge i Zuntz. Grawitz (1895) podaje na wytłomaczenie pozornego zwiększenia ilości ciałek zagęszczenie wskutek parowania wody w górach, to znaczy, że ustrój przez oddychanie traci wiele płynu, a krew się zagęszcza. Bunge (1895) nie wyróżnia jednego tylko czynnika klimatu górskiego, ale twierdzi, że wogóle pod wpływem tego klimatu zwęża się cały układ naczyniowy i surowicę wtłacza niejako do przestworów chłonnych. Podług obu więc tych badaczy zwiększenie ilości ciałek czerwonych i zawartości hemoglobiny jest względne, pozorne, a ilość całkowita krwi, mniejsza. Zuntz (1895) także uważa zwiększenie za pozorne, ale tłomacząc je zmianą w obdzieleniu ustroju krwią, a raczej ciałkami krwi, nie przyjmuje zmniejszenia całkowitej ilości krwi. Wskutek zwiększenia parowania z ciała, promieniowania słońca i silnego oświetlenia, co wszystko działa na skórę ludzką w klimacie górskim, nagromadzają się w na-

czyniach włosowatych skóry drogą odruchu ciałka czerwone; w pozostałej części układu naczyniowego krąży krew mniej w składniki postaciowe zasobna. Tedy ani całkowita ilość krwi, ani bezwzględna zawartość hemoglobiny, ani też bezwzględna ilość ciałek czerwonych krwi nie ulega w górach, podług Zuntza, żadnej zmianie (podobnie twierdzi Winternitz).

Przeciw tym trzem przedstawicielom pozornego zwiększenia występuje Miescher ze zdaniem, że na wysokich górach u człowieka i zwierząt zwiększa się istotnie ilość ciałek czerwonych i zawartość hemoglobiny, a że ta druga zmiana objawia się większą zawartością żelaza i zwiększoną zdolnością pochłaniania tlenu przez krew. Do objaśnienia zjawiska służy Miescherowi zmniejszenie ciśnienia tlenu, postępujące w miarę podnoszenia się nad poziom morski. Krew w górach wskutek zmniejszonego ciśnienia cząsteczek tlenu nie nasyca się tak bardzo tlenem, jak w nizinach. Ta słabiej utleniona krew przepływa przez szpik kostny i wskutek niedoboru tlenu podnieca w nim czynność komórek krwiotwórczych. Dopóki niedobór tlenu nie wyrówna się przez zwiększenie zawartości hemoglobiny i ilości ciałek, i znowu dobrze utleniona krew nie pocznie płynąć przez szpik kostny, dotąd trwa żywsza czynność krwiotwórcza. Według więc Mieschera zmiana we krwi w górach polega na nowotworzeniu się krwi.

Utrwalić to, a obalić inne zapatrywania mogły tylko badania, jakie zamierzał przeprowadzić Miescher, — badania następujące: oznaczyć ściśle ilość całkowitą krwi, zawartość całkowitą hemoglobiny i pozostałość suchą surowicy krwi. Miescher zmarł, a badania podjęli dopiero po latach czterech Jaquet i Suter. Szereg zwierząt (królików) w Davos (1600 m. nad poziom morski) i drugi szereg dla przeprowadzenia porównań w Bazylei (260 m. n. p. m.) — rozwiązały zadanie. Szczegóły sposobu pomijam. Był możliwie ścisły. Wyniki orzekły, że 1) zgodnie z przyjętem ogólnie dotychczas zdaniem w miarę wznoszenia się ponad poziom morski wzrasta ilość ciałek krwi i zawartość hemoglobiny; że 2) u zwierząt, poddanych wpływom klimatu górskiego, rośnie całkowita zawartość hemoglobiny w ustroju; że wreszcie 3) i 4) ilość całkowita krwi w górach jest większa, a sucha pozostałość krwi, tak tu, jak na nizinach, jednakowa.

To istotne bezwzględne zwiększenie ilości ciałek czerwonych krwi polega podług Jaqueta i Sutera na nowotworzeniu się krwi, jak przypuszczał zmarły Miescher. Powstają nowe ciałka czerwone i pomnaża się hemoglobina. Czy powód nowotworzenia polega na niedostatecznem utlenianiu się krwi *(anoxyhaemia)*, któreby może najlepiej objaśniało wszystkie zmiany we krwi w górach, gdyby wogóle dało się przyjąć, rozstrzygać badacze nie chcą, ani się nie kuszą, podając w swojej pracy silną podstawę do dalszych dociekań nad wyjaśnieniem wpływu klimatu górskiego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Badacze finlandzcy rozpoczynają swą pracę od przeglądu dotychczasowych usiłowań, zmierzających do rozjaśnienia wpływu klimatu górskiego na krew. Począwszy od Viaulta, profesora histologii w Bordeaux, który pierwszy w r. 1889 w górach w Peru i Boliwii odkrył u zwierząt i u ludzi zwiększenie ilości ciałek czerwonych krwi, zajmowali się tą sprawą uczeni francuscy. Później (1891) zabrali się do badań podobnych w Alpach uczeni szwajcarscy, z istoty rzeczy najbardziej do tego powołani, jako mieszkańcy kraju górzystego. Potem zaczęli sprawdzać te wyniki lekarze w uzdrowiskach górskich dla chorych piersiowych (między innymi Jaruntowski w Goerbersdorfie). Rzucono się do doświadczeń na zwierzętach w tym względzie, jednakowoż wyniki nie były z sobą zgodne u rozmaitych badaczy tak co do przebiegu samego objawu, jak i co do jego tłumaczenia.

Schauman i Rosenqvist postanowili dociec zapomocą dokładnych badań morfologii krwi, czy w okresie zwiększenia ilości ciałek występują we krwi twory, uważane za objaw nowotworzenia krwi. Badania przeprowadzili na zwierzętach — (psach, królikach, gołębiach), umieszczonych w warunkach, odpowiadających stosunkom w klimacie górskim, to jest pod zmniejszonem ciśnieniem, równającem się wzniesieniu 4000 m. nad poziom morski (= 450—480 mm. Hg). Z licznych doświadczeń wypadło zgodnie, że ilość ciałek i zawartość hemoglobiny wzrastała. Przyrost hemoglobiny nie szedł równym krokiem z przyrostem ilości ciałek, ale pozostawał nieco w tyle. We wszystkich doświadczeniach ilość hemoglobiny z początku opadała, a często również ilość ciałek zmniejszała się, który to stan przejściowy mijał po 8—11 dniach. W dalszym ciągu zwiększała się ilość ciałek i to szybciej, niż zawartość hemoglobiny. Tak samo w czasie pobytu w rozrzedzonem powietrzu średnica pojedynczych ciałek wzrastała, zjawiały się nawet w krwi krążącej jądrzaste ciałka czerwone (u psów i królików), a nadto także podział jąder *(karyokinesis)* (u gołębi). Po umieszczeniu zwierząt napowrót w zwykłych warunkach opadała ilość ciałek i zawartość hemoglobiny, po pewnym jednak czasie wzrastała tak, że po dłuższym okresie spostrzeżeń (kilka miesięcy) można było nawet stwierdzić powiększenie ilości ciałek i zawartości hemoglobiny i to dosyć znacznie przenoszące stan prawidłowy poprzedni.

Wyniki te osiągnięte na zwierzętach, dadzą się zastosować do ludzi. Leuch w Zurychu badał krew niedokrewnych dzieci, wysyłanych na lato do osad wakacyjnych w górach od 700—2150 m. nad poziom morski, przed wyjazdem, zaraz po powrocie i po dwu i czterech miesiącach później, z następującym wynikiem:

	Przed wyjazdem		po powrocie (22 dni)		po dwu miesiącach		po czterech miesiącach	
	Hb	Cz	Hb	Cz	Hb	Cz	Hb	Cz
Chłopcy	69,0	3,980 000	81.8	5,000.000	75,7	4,850.000	80,2	5,130.000
Dziewczęta	67,2	3,815.000	85,2	5,045.000	76,7	4,880.000	80,2	5.185.000

Hb = zawartość hemoglobiny podług Gowersa
Cz = ilość czerwonych ciałek.

Rzecz nadzwyczaj ciekawa, że powiększenie średnicy pojedynczych ciałek czerwonych, stwierdzone w doświadczeniach u zwierząt, pokazało się też u ludzi. Jeden z badaczy (Schauman) w czasie podróży do Norwegii czynił pomiary średnicy ciałek krwi u siebie i żony w klimacie górskim. Ciałka istotnie były większe podobnie, jak w doświadczeniach na zwierzętach. Zbierając wyniki doświadczeń i spostrzeżeń przychodzą autorowie finlandzcy do przekonania, że zwiększenie ilości ciałek i zawartości hemoglobiny polega na nowotworzeniu się krwi. Bezpośrednią przyczyną nowotworzenia jest wpływ klimatu górskiego, a wpływ ten w przybliżeniu oceniają autorowie w taki sposób: Można powiedzieć, że ustrój ludzki jest niejako nastawiony z góry na ciśnienie 760 mm. Hg. W tem tylko ciśnieniu nasycenie krwi tlenem może się odbywać bez wysiłku ze strony ciałek. W powietrzu rozrzedzonem, czyli pod mniejszem ciśnieniem, wysiłek ciałek, aby módz się nasycić tlenem, wzrasta, lub też może zużywa się do tego więcej hemoglobiny, dość, że narządy krwiotwórcze muszą oddziaływać na bodziec, pochodzący od rozrzedzenia powietrza, a oddziaływują żywszą czynnością.

Prace szwajcarskich i finlandzkich badaczy dowiodły, że rzeczywiście w wysokich górach ilość ciałek krwi wzrasta, a przytem rzuciły światło na wiele dotąd ciemnych stron wpływu klimatu górskiego na ustrój, co wyzyskać w celach leczniczych będzie rzeczą przyszłości.

V. Wyciągi.

Doc. A. Schönwerth: **Przyczynek do kazuistyki podskórnych pęknięć jelita.** *(Münch. med. Wchschr.*, 1899, Nr. 4). Silnego mężczyznę kopnął koń w okolicę pępka. Uderzony omdlał, a ocucony okazywał przez kilka godzin objawy shoku. A gdy te minęły, można było przedmiotowo

i podmiotowo stwierdzić znaczną poprawę w stanie ogólnym, dokuczały tylko choremu wymioty (żółcią). Badanie przedmiotowe dawało wynik zupełnie ujemny, i tylko na podstawie wymiotów rozpoznano pęknięcie jelita. (Na objaw ten szczególny nacisk kładzie Beck). Otwarto jamę brzuszną, z której wylało się nieco płynu brudnego, surowiczego, ze skrzepami włóknika i odszukano rzeczywiście pęknięcie jelita czczego w odległości 30 ctm. od *plica duodeno-jejunalis*. Na jelito założono szew trójwarstwowy, a potem po oczyszczeniu zamknięto i jamę brzuszną. Chory wyzdrowiał. *Herman.*

Ruge i Hierokles (z kliniki lekarskiej Prof. Gerhardta w Berlinie): **Zakrzepy w gruźlicy płuc.** *(Berliner klinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 4). Autorzy przejrzeli 1778 historyj przypadków gruźlicy płuc, leczonych w klinice Gerhardta. Na tę liczbę znaleźli 19 razy zakrzepy w układzie żylnym. Odsetek zakrzepów, wikłających gruźlicę, wynosi więc ponad 1%. Można jednakowoż przyjąć, że odsetek ten jest jeszcze wyższy, ponieważ w niektórych przypadkach objawy kliniczne zakrzepu są mało wyraźne, a w rozbiorach zwłok prawie nigdy nie otwiera się żył i wogóle nie szuka się zakrzepów. — Z tych 19 przypadków nie można było wyprowadzić wniosków co do zależności zakrzepów od wieku. Co się tyczy płci, to zdaje się, że niewiasty gruźlicze częściej, niż mężczyzni, zapadają na zakrzep. Na ogół były to wszystko przypadki ciężkiej gruźlicy, które po miesiącu lub w kilka miesięcy potem zakończyły się źle (z wyjątkiem jednego przypadku z uleczonym zakrzepem, który prawdopodobnie niebawem po opuszczeniu kliniki również skończył się śmiertelnie). Średnio występowały zakrzepy na 2—3 tygodni przed śmiercią, czasem wcześniej. — Przyczyna zakrzepów leży w zmianach ścian naczyniowych, w zastojach żylnych, osłabieniu serca itd., czyli są to tak zw. zakrzepy schyłkowe *(thrombus maranticus)*. W daleko posuniętej gruźlicy należy zawsze mieć na oku, że w czasie n. p. podróży suchotnika do lub z zakładu leczniczego może powstać zakrzep, który znów może sprowadzić nagłe zatorowanie tętnic płucnych. Przejście zakrzepów w zgorzel następuje bardzo rzadko, a wogóle rokowanie co do samych zakrzepów jest względnie dobre.

W ostatnich czasach mnożą się opisy zakrzepów żylnych także w influency i w zapaleniu płuc włóknikowem. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Heimann: **Przyczynek do obszarowego znieczulania kokainą.** *(Centralbl. für Chir.*, Nr. 1, 1899). Giętki krążek maciczny przegiął H. w połowie i w tak powstałe dwa półkola wklinował część wargi dolnej, z której trzeba było wyłuszczyć mały torbiel. W okolicy torbiela w 4 punktach wstrzyknął po kilka kropel 1% rozczynu kokainy i po kilku minutach wyłuszczył guz zupełnie bez bólu i bezkrwawo. *Herman.*

Eisenmenger W. (z kliniki lekarskiej prof. Schroettera w Wiedniu): **Osobliwa ruchomość oddechowa dolnego brzegu wątroby.** *(„Paradoxe respiratorische Verschieblichkeit des unteren Leberrandes“). (Centralblatt für innere Medicin*, 1899, Nr. 3). W przypadku śródbłoniaka *(endothelioma)* opłucnej i otrzewnej u 67-letniej chorej prawą połowę klatki piersiowej wypełniał całkowicie przesięk; wskutek tego wątroba, nieco zresztą powiększona, była obniżona tak, że można było dobrze wymacać jej zgrubiały brzeg i pęcherzyk żółciowy, również powiększony, wypełniony kamykami. Pęcherzyk żółciowy znajdował się na wysokości pępka w prawej linii sutkowej, a wolny brzeg wątroby można było obejść palcami w górę na lewo ku łukowi żebrowemu. Ponad pępkiem, między nim, a brzegiem wątroby, dał się wyczuć wspomniany śródbłoniak wychodzący z sieci. — Podczas każdego wdechu można było widzieć osobliwą ruchomość dolnego brzegu wątroby, a z nią pęcherzyka i śródbłoniaka. Oto nie następował ruch w kierunku równoległym do osi ciała, więc wprost ku dołowi, ale osobliwa ruchomość w linii poziomej od strony prawej na lewo. Odpowiednio do tego w czasie wydechu wątroba przesuwała się z lewej na prawą stronę, a więc były to ruchy około osi strzałkowej.

Autor nie umiał sobie wytłómaczyć tego objawu i przypuszczał, że pomiędzy wątrobą, a prawą połową przepony istnieją zrosty; tego jednak rozbiór zwłok wcale nie potwierdził. Zresztą, choćby nawet przypuszczenie autora się sprawdziło, nie tłómaczyłoby ono dobrze objawu, bądź co bądź dziwnego. Tymczasem dowiedział się autor (od Dra Schlesingera) o przypadku bardzo podobnie się objawiającym, co się tyczy ruchów wątroby. W przypadku zapalenia gruźliczego opłucnej, połączonego z wielkim wysiękiem, przyczem prawa połowa przepony była obniżona i zepchnięta ku dołowi przez wysięk, można było dokładnie obmacać wątrobę powiększoną wskutek marskości. I tutaj też istniała owa osobliwa ruchomość oddechowa wątroby. Wśród tego ogłosił Kienboeck z kliniki Schroettera przypadek, który rzucił światło na niewytłómaczalny objaw *(Wiener klin. Wochenschrift*, 1898, Nr. 22). Na roentgenogramie otoku ropnego lewej połowy klatki piersiowej okazało się, że powierzchnia płynu wbrew naszym dotychczasowym zapatrywaniom odbywa ruchy razem z oddechami, to jest, że podczas wdechu podnosi się, a podczas wydechu obniża. Tłómaczy się to w ten sposób, że połowa przepony po stronie płynu ku dołowi wypchnięta, a więc ku dołowi wypukła, razem z wdechem czynnie, czy też wskutek rozszerzania się klatki piersiowej biernie przypłaszcza się i dlatego podchodzi w górę; może być, że współdziała też tu różnica w ciśnieniu pomiędzy jamą brzuszną, a klatką piersiową. Ruch ten przepony musi podzielać i wątroba. W chwili wdechu w omawianym przypadku prawa połowa wątroby podchodzi więc z przeponą w górę, a lewa obniża się i w ten sposób rozumieć można obrót wątroby około osi strzałkowej i wypadające z tego przesuwanie się dolnego brzegu wątroby w kierunku poziomym z lewej na prawą stronę.

Spodziewać się tedy należy, że w każdym przypadku nagromadzenia się wielkiej ilości płynu w jamie opłucnowej następuje osobliwa ruchomość oddechowa wątroby. Trzeba jednak pewnego warunku do spostrzeżenia objawu, mianowicie musi wątroba być dobrze macalna.

W przypadku ropnia podotrzewnowego może brak objawu tego posłużyć za wskazówkę różniczkową.

Dr. Eljasz Radzikowski.

Kubassow: **O grzybach zimnicy.** *(Ueber die Pilze des Paludismus. Bakteriologische und klinische Untersuchungen.* Berlin. A. Hirschwald, 1898, str. 24). Nadpis tej pracy, nadzwyczaj dziwny, sprawia, że się z ciekawością zabiera do czytania, lecz w miarę przerzucania kartek ciekawość ginie i ustępuje miejsca zdziwieniu, że można coś równie bezkrytycznego wydawać. Autor sam sądzi, że odkrył nowy drobnoustrój wywołujący zimnicę. Mianowicie szczepił on krew chorych zimniczych na mleku i spostrzegał dotąd nieznane twory, które go zmusiły do zaliczenia drobnoustrojów zimnicy do grzybów, a mianowicie podług cech botanicznych do *„basidiomycetes“*. Wszystko, co wiemy o zimnicy, pozostaje w niezgodzie z wynikami badań autora. Rysunki na tablicach, jeżeli nie są płodem wyobraźni, przedstawiają twory, jakie z powodu braku ostrożności bakteryologicznych wyrosły przypadkowo na pożywkach.

Dr. Eljasz - Radzikowski.

Siegert: **O prawdziwem rozmiękczeniu kości** *(osteomalacyi)* **w wieku dziecięcym.** *(Münch. med. Wochschrft* 49. 1898). Dotychczas powszechnie uważa się rozmiękczenie kości za chorobę kośćca zupełnie już rozwiniętego, a za główną cechę tej choroby uznaje się utratę roli wapniowych kości. Powołując się na zdanie Rehna i Recklinghausena broni S. zapatrywania, że kliniczny i anatomiczny obraz rozmiękczenia kości spotykamy tak dobrze w wieku dziecięcym, jak dojrzałym. Do opisanych już dawniej 3 takich przypadków dołącza autor swoje spostrzeżenie, w którem rozmiękczenie kości wytworzyło się po poprzedniem przewlekłem zapaleniu błon surowiczych i po *Perihepatitis deformans*. Między tymi

4 przypadkami trzy razy choroba dotyczyła dzieci płci żeńskiej. W trzech przypadkach stwierdzono przebytą poprzednio krzywicę, a w ten sposób odpada zarzut, że rozmiękczenie kości wieku dziecięcego jest tylko późną krzywicą *(Rachitis tarda)*. Wszyscy chorzy rozwijali się nieprawidłowo, powolniej, a w 3 przypadkach po trzech, w jednym zaś po sześciu latach nastąpiła śmierć. Najpierw zajęte bywały kończyny dolne, a w początku choroby pojawiały się silne bóle. Stopniowo i powoli zmniejszała się długość ciała, do czego przyczyniało się w wysokim stopniu wygięcie kręgosłupa i kończyn dolnych. Nigdy też nie brakło miękkości kości zajętych, przydarzającej się w przypadkach prawdziwego rozmiękczenia kości. Od ścisłego rozpoznania, dodaje autor w końcu, zależy rokowanie i leczenie fosforem, który w krzywicy bezskuteczny (? *ref).* działa w rozmiękczeniu kości prawie jak lek swoisty. *Raczyński.*

Kollanek: **W sprawie zakażenia połogowego.** *(Zeits. f. Geburts. u. Gynäk.* T. XL. Z. 1*)*. Autor stawia sobie dwa pytania: Czy znajdują się w pochwie chorobotwórcze drobnoustroje i czy właśnie te drobnoustroje sprowadzają gorączkę połogową. Odpowiadając na te pytania opiera się autor na badaniach, dokonanych na 200 ciężarnych. Do badania brał tylko wydzielinę pochwy, którą wydobywał zapomocą jednego z następujących trzech sposobów: 1) Rozwierając pochwę zapomocą wyjałowionego wziernika, bierze się do szczepienia treść z tej części pochwy, która się we wzierniku nastawia; 2) Sposobem Króniga: rozchyliwszy wargi naciąga się wydzielinę rurką szklaną; 3) Zapomocą łyżeczki Mengego. — Żaden jednak z tych sposobów nie odpowiada w zupełności swemu zadaniu. Przy pierwszym wziernik wsuwa nieczystości ze szpary sromowej do pochwy, przy drugim wciąga się razem z wydzieliną pochwy także i wydzielinę przedsionka, przy trzecim wreszcie łatwo zdrapuje się przybłonek, a więc rani pochwę. Aby uniknąć zanieczyszczenia pochwy wydzieliną przedsionka, możnaby poprzednio obmyć srom; autor bardzo przestrzega przed tem postępowaniem, a to dlatego, że płyn użyty do mycia sromu dostaje się zawsze do pochwy, zabierając ze sobą drobnoustroje sromu. Wydzielina pochwy ma według jednych oddziaływać kwaśno (Walthard, Krönig), według innych obojętnie, a nawet zasadowo (Döderlein, Burkhardt); według autora wydzielina szyjki macicznej, zwiększona podczas ciąży, dostaje się do pochwy i zobojętnia kwasotę wydzieliny pochwowej. Według Döderleina tylko wydzielina obfita, płynna, zabarwiona żółto-zielonawo, ma zawierać drobnoustroje; autor jednak nawet w wydzielinie, na oko prawidłowej, znajdował znaczną ilość drobnoustrojów, a między nimi i paciorkowca; hodowle ich, wstrzyknięte zwierzętom, w jednych przypadkach nie sprowadzały żadnych zaburzeń, w drugich tylko odczyn miejscowy, w innych wreszcie wywoływały śmierć. Tłomacząc te zjawiska, nie przychyla się autor do zdania Króniga, jakoby istniały rozmaite rodzaje paciorkowca, lecz sądzi, że paciorkowce posiadają rozmaite własności biologiczne; nadto ważną rolę odgrywa odporność ustroju. Jeżeli więc znajdziemy paciorkowce w pochwie osoby ciężarnej, to nawet dodatni wynik szczepień na zwierzętach nie uprawnia nas do twierdzenia, że te drobnoustroje mogą sprowadzić gorączkę połogową. Na dowód tego przytacza autor 19 ciężarnych, u których stwierdził bakteryologicznie obecność paciorkowca w pochwie, z których jednak tylko 6 miało stan podgorączkowy 38·4; u żadnej z nich nie wykonywano zabiegu operacyjnego. W końcu kładzie autor nacisk na czystość przy badaniu, aby uniknąć przeniesienia drobnoustrojów z jednej ciężarnej na inne. *Dr. Tym. Piotrowski.*

Wyniki wycieczki naukowej prof. Kocha do Włoch celem badania zimnicy. *(Deutsche med. Wochs.* 1899. Nr. 5). Zadaniem wycieczki było: 1) zebrać dane o rzekomo różnych rodzajach zimnicy, opisywanej pod nazwą *Febbri malariche estivoautunnali;* 2) oznaczyć stosunek zimnicy włoskiej do podzwrotnikowej; 3) zebrać, o ile można, jak najwięcej materyału do etyologii zimnicy, a mianowicie ze względu na przenoszenie jej przez owady, wysysające krew. — Badano wogóle 120 przypadków, a mianowicie: 32 trzeciaczki, 5 czwartaczki, 78 *febbri estivoautunnali* i 5 przypadków złożonych. Okazało się, że *febbri estivoautunnali* z klinicznego punktu widzenia można podzielić na rożne rodzaje, jednak etyologicznie sprawa ta stanowi dla siebie jedną całość i jest wywołana jednym i tym samym pasorzytem. Świeże przypadki okazują zawsze z początku ten sam typ trzeciaczkowy, dopiero w dalszym przebiegu choroby, wskutek podawania chininy lub rozpoczynającego się samoistnego uodpornienia, może tor trzeciaczkowy zamienić się na codzienny lub nieregularny. *Febbri estivoautunnali* nie różnią się niczem od zimnicy podzwrotnikowej. W Afryce znajdował Koch zawsze tor trzeciaczkowy, bo chorzy zgłaszali się zawsze do szpitala zaraz, były to więc przypadki świeże, podczas gdy w Rzymie dostawał K. do leczenia przypadki, leczone chininą lub z rozpoczynającem się już uodpornieniem. Także i różnica między pasorzytami włoskimi a afrykańskimi jest tylko pozorna i powstała przez różnice w sposobie badania, używanym przez autorów włoskich, a przez Kocha. Nadto powiodło się Kochowi wykazać, że postacie półksiężycowate nie są postaciami zwyrodniałemi pasorzyta zimnicy, za jakie je dotychczas uważano, gdyż udowodnił zapomocą ulepszonych sposobów badania, że w takich półksiężycowatych pasorzytach znajdują się ciała chromatynowe, że rzęski tych pasorzytów wychodzą wprost z ciałek chromatynowych i że się składają z chromatyny. Nie powiodło się wprawdzie wyśledzić dalszego rozwoju pasorzyta, ale za to wykrył Koch u ptaków pasorzyta, bardzo podobnego do zimnicy ludzkiej. Jestto *proteosoma*, ten sam pasorzyt, u którego Ross miał w zupełności wykazać przebieg rozwoju. Z krwi, w której *proteosoma* się znajduje, wyssanej przez komary, mają się wytwarzać w żołądku komarów twory podobne do kokcidiów. Wewnątrz tych kokcidiów powstają znowu drugorzędne zarodniki, które się dostają częściowo do ślinianek komarów. Ze śliną przy ukłóciu dostają się pod skórę ptaków i w ten sposób wywołują zakażenie. Nadto powiodło się znaleść odrębny rodzaj komarów, które krew ptaków wysysają i w których żołądku odbywa *proteosoma* swój rozwój. Komary takie przywieziono do Berlina i przekonano się, że twierdzenie Rossa co do tworzenia się niby-kokcidiów, drugorzędnych zarodników i obecności ich w ślinie komarów jest w zupełności prawdziwe.

Wyjaśniono dalej, dlaczego Rzym, a szczególnie środkowa jego część, jakkolwiek leży wśród okolicy nawskróś zimniczej, wolny jest od zimnicy. Przyczyna nie leży w powietrzu, boć ono jednakie w Rzymie jak i w Kampanii, ani w wodzie i różnych środkach spożywczych, bo te są sprowadzane z okolic zimniczych; jedyną przyczyną jest to, że w środku miasta brak roślinności, a tem samem i komarów, w przeciwieństwie do okolicy, która roi się od różnego rodzaju muszek.

W końcu zwrócono uwagę na to, że w szpitalach rzymskich liczba chorych na zimnicę w zimie jest nieznaczna, mianowicie spotyka się tylko nawroty zimnicy, nabytej w lecie. Na wiosnę zjawia się kilka przypadków zwykłej trzeciaczki, natomiast z końcem czerwca zwiększa się liczba chorych na zimnicę pięcio lub sześciokrotnie. Występują bowiem t. z. *febbri estivoautunnali*. Musi się więc w początkach czerwca albo już w maju coś odbywać, co wywołuje nagły wzrost zimnicy, a wyśledzenie tego czynnika byłoby w badaniu zimnicy rzeczą pierwszorzędnej wagi. *Dr. Batko.*

Rabinowitsch. **Dalsze doświadczenia w sprawie znajdowania się zarazków gruźliczych w maśle.** *(Deutsche med. Wochs.* 1899. Nr. 1). Wskutek tego, że wyniki, otrzymane przez różnych autorów berlińskich w sprawie znajdowania się zarazków gruźliczych w maśle, różniły się od wyników autorki, dawniej ogłoszonych (Obermüller znalazł zarazki gruźlicze w 100% próbek masła, próbki pochodziły jednakże z jednego źródła; Petri wykrył w 32·3% zarazki gruźlicze, a w 52·9% prątki gruźlicze rzekome, a Morgen-

roth w 50%), podjęła Rabinowitsch w maju roku zeszłego na nowo badania masła na zarazki gruźlicze. Z 15 próbek, wziętych do badania z 14 różnych handlów, tylko 2, pochodzące z jednego handlu, zawierały zarazki gruźlicze. Ta okoliczność skłoniła R. do zbadania wszystkich innych próbek z tego samego handlu, które po różnych cenach bywają sprzedawane. Robiła to R. dwukrotnie w czerwcu i lipcu. Pokazało się, że w 87·5% prób znajdowały się zarazki gruźlicze. W październiku badała R. wszystkie próbki z tego handlu po raz trzeci i we wszystkich próbach, czyli w 100% znalazła zarazki gruźlicze. Dla porównania badano próbki z innego handlu, które jednakże ani w jednym przypadku nie zawierały prątków gruźliczych. Wobec tego dochodzi autorka do wniosku, że jeden wielki handel masła w Berlinie sprzedaje masło prawie wyłącznie zawierające zarazki gruźlicze i sądzi, że autorowie, którzy znaleźli zarazki gruźlicze w tak wielkiej odsetce prób masła, brali swe próby mniej lub więcej z tego samego handlu, — że zaś w maśle targowem rzadko tylko znajdują się zarazki gruźlicze.

Dr. Batko.

Thompson: **Nowe teorye odporności ze stanowiska klinicznego.** (*Medical Record* Nr. 1418). Autor omawia różne teorye odporności i dochodzi do następujących wniosków: 1) W walce z zakażeniem ma fagocytoza leukocytów znaczenie podrzędne, ponieważ ta czynność zmierza raczej do usunięcia produktów rozpadowych, niż żywych zarazków. 2) Leukocyty wydzielają prawdopodobnie substancye, które na żywe zarazki wywierają szkodliwy wpływ i czynią ich jad nieszkodliwym, jużto przez ich zniszczenie, jużto przez zobojętnienie drażniącego wpływu jadów na komórki ustroju. 3) Antytoksyny surowicy, czy to dodane sztucznie, czy też wytworzone w ustroju, działają nie przez chemiczne zobojętnienie jadów, ale przez to, że pobudzają leukocyty, lub tkanki, albo obydwa te czynniki razem do większej oporności. 4) Ani leukocyty, ani surowica krwi nie nadają krwi stałej odporności. Tylko w pewnym stopniu może krew powstrzymać wystąpienie objawów zatrucia. 5) Główną rolę w walce z jadami spełniają tkanki, których wrodzona odporność zwiększa się pod działaniem jadów lub antytoksyn. 6) Naturalna odporność jest prawdopodobnie pierwotnie odziedziczona i może się przenosić na następne pokolenia.

Dr. Batko.

A. Dührsen: **O cięciu cesarskiem przez pochwę.** (*Samml. klin. Vorträge*, N. F., Nr. 232). Autor wskazuje na ujemne strony cięcia cesarskiego drogą brzuszną ze wskazania względnego i zaleca na podstawie dotychczas znanych w literaturze przypadków i własnego doświadczenia cięcie cesarskie przez pochwę. Jako wskazania do tej operacyi uważa autor 1) nieprawidłowości szyi i dolnego odcinka macicy; 2) choroby ogólne, grożące życiu matki, a zmniejszające się w swych objawach po przerwaniu ciąży, 3) choroby matki, z powodu których da się przewidzieć rychłe zejście śmiertelne matki.

Przy raku części pochwowej należy i cięcie cesarskie i wyłuszczenie macicy wykonać drogą pochwy ze względu na 1) krótsze trwanie zabiegu; 2) mniejsze niebezpieczeństwo zakażenia; 3) przez wzgląd na następstwa rany w powłokach brzusznych. Krwotoki następowe po pozostawieniu macicy rzadziej się przydarzają po tym sposobie, niż po cięciu brzusznem. *St. W.*

Hofbauer L. (Z kliniki lekarskiej prof. Neussera w Wiedniu): **Usposobienie miejscowe** (*dispositio localis*). (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 5). Jeżeli do ustroju wtargnie jakaś szkodliwość, wskutek której powstaje ogólne zakażenie lub zatrucie, to mimo, że czynnik szkodliwy rozszerzył się po całym ustroju, zmiany chorobowe zajmują albo tylko jeden narząd, albo niektóre narządy, albo przynajmniej objawy zajęcia jednego narządu wysuwają się naprzód. Tłomaczy się to, jak wiadomo, skłonnością pewnego narządu do choroby, wskutek usposobienia czy to poprzedniego, czy wywołanego urazem itp. (miejsce mniejszej odporności). Doświadczenia na zwierzętach, przeprowadzone w celu poparcia tego zapatrywania, pozornie tylko zdawały się je udowadniać. Ściślejsze badania dawały wyniki ujemne, często chwiejne. Autor zajął się krytycznem zestawieniem wszystkich odnośnych doświadczeń i klinicznych spostrzeżeń i na podstawie ich następujące wyprowadza wnioski: 1) Czynniki, które zwiększają usposobienie miejscowe tkanek w chorobach ogólnych (jak uraz, zapalenie, uszkodzenie nerwu) są połączone z większym dowozem krwi do danego miejsca tkanki. 2) Tkanki z przyrody więcej usposobione (miejsca wybrane, „*Praedilectionsstellen*“) odznaczają się wogóle obfitszem unaczynieniem. 3) Doświadczalne wywołanie przekrwienia czynnego odpowiada powiększeniu usposobienia miejscowego do choroby. 4) Stały stosunek pomiędzy przekrwieniem czynnem, a usposobieniem miejscowem pozwala przypuścić, że mamy w tym przypadku do czynienia ze związkiem przyczynowym obu czynników.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.*
Styczeń, 1898.
(Ciąg dalszy).

Periplocinum — jest to glykozyd z kory *Periploca graeca* (*Asklepiadeae*). E. Lehman i P. Burszyński opisują periplocinę, jako ciało bezbarwne, krystaliczne, w wodzie rozpuszczające się w stosunku 1:125, a w wyskoku bardzo łatwo. Działanie tego środka podobnem jest do działania *extr. fluid. Periplocae graecae*, o którem już pisaliśmy wyżej, a więc odnosi się do wywołania zmian w czynności serca i ciśnieniu krwi. Prócz tego jednak zadrażnia periplocina ośrodek oddechowy i wymiotny. Ponieważ zaś środek ten wstrzyknięty podskórnie nie wywołuje miejscowego zapalenia, a rozpuszczalność jego jest stosunkowo dosyć znaczną, przeto możnaby stosować go w chorobach serca, dodając do roczynu 0.6% soli kuchennej.

Peroninum[1]).

Phenolum-Natrium Sulforicinicum 25% i Phenolum-Natrium Sulforicinicum 30% do leczenia krtani według prof. Heryngi. Jest to sol sodowa kwasu sulforicinowego ($C_{18}H_{33}OSO_3$(?)) z dodatkiem 25%—30% *Phenolum syntheticum.*

Czysta sól (*natrium sulforicinicum*), jest to ciecz syrupowata, żółto-brunatnego koloru, a tem się odznaczająca, że w niej wiele ciał się rozpuszcza, jak: fosfor, siarka, jod, fenol, kwas pyrogallusowy, resorcyna, jodek potasu, naftalina. Z prac Berlioza, Josiasa, Ruaulta, Trifillettiego, a w szczególności T. Heryngi (Warszawa) wynika, że środek ten znakomicie nadaje się do leczenia gruźlicy krtani. Heryng pędzluje miejsca, chorobą zajęte, 30% roczynem tej soli z bardzo dobrym wynikiem. A chociaż środkowi temu nie można przyznać znaczenia środka swoistego, to jednak ma on w połączeniu z zabiegiem chirurgicznym, przy uwzględnieniu wszelkich wskazań higieny i dyetetyki, wielkie znaczenie przy owrzodzeniach gruźliczych krtani, nosa i gardła. Heryng usuwa też brodawczaki krtani, pędzlując je 30% roczynem tego środka. Dla usunięcia nieprzyjemnego smaku po takiem pędzlowaniu płócze się usta wodą sodową. Przedborski leczy temi pędzlowaniami nieżyty nosa, i to tak formy zanikowe, jak i przerostowe.

Dr. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Orexinum tannicum stosował u dzieci Kunkler (*Allg. med. Centralztg.* Nr. 1, 1899) w przypadkach zupełnego braku łaknienia, gdy przetwory chinowe, kwas solny zawodziły lub ze względu na swój przykry smak nie mogły być zastosowane. Garbnikan oreksyny (*orex. tannicum*) sporządzany przez firmę Kalle i Spka w Biebrich jest czystym środkiem bez smaku i zapachu, pobudza-

[1]) Patrz „Przegląd lekarski“ 1897 r. Nr. 19, str. 235, artykuł Dra Zygmunta Nowaka.

jącym łaknienie, a nie wywołującym objawów ubocznych. Równie dobre wyniki osiągnięto w braku łaknienia u dzieci, które przebyły ciężkie choroby, jako też i u dzieci zresztą zdrowych, jednak okazujących wprost wstręt do wszelkiego jedzenia. Stosowano *orexinum tannicum* w proszku 0·50 (2 r. dnia), albo w postaci kołaczyków czekoladowych, zawierających 0·25 *orex. tann.*, a mianowicie podawano $1^1/_2$ do 2 godzin przed obiadem i wieczerzą 0·5 proszku lub dwa kołaczyki. Dawkę tę powtarzano przez 5 dni, poczem leczenie przerywano, oczekując wyniku; jeśli go nie było, stosowano powtórnie podobne 5 dniowe leczenie. Künkler osiągnął pomyślne wyniki we wszystkich swoich przypadkach, zawsze bowiem stwierdzano poprawę łaknienia i przybytek ciężaru ciała. *K.*

Chociaż nie brak nowych środków, mających zastąpić jodoform, utrzymuje on się dotąd mimo swych stron ujemnych na pierwszem miejscu między środkami odkażającymi. Zadaniem nowoczesnej chemii jest uwolnić ten znakomity zresztą środek od przykrego zapachu, uczynić go nietrującym i niedrażniącym skóry. Za taki właśnie udoskonalony środek uważa W a g n e r wyrabiany przez firmę K n o l l a i Skę j o d o f o r m o g e n. Jest to połączenie jodoformu (10%) z białkiem, żółtawy proszek, dający się bez zmiany ogrzewać do 105° C., a zatem i wyjaławiać; nie rozpuszcza się w wodzie, ale może być z nią na pastę rozrobiony. Jodoformogen nie jest tańszy, jest jednak $3^1/_2$ razy lżejszy od jodoformu. Stosując przez rok jodoformogen nie zauważył Wagner nigdy ani objawów zatrucia (co przypisuje ścisłemu połączeniu z białkiem), ani objawów zadrażnienia skóry, tak częstych przy stosowaniu jodoformu, przyznaje zatem z tych względów wyższość temu środkowi nad jodoformem. *(München. medic. Wochenschrift* 1898. Nr. 40). *X.*

F o u r n i e r radzi w tych przypadkach, w których ojciec jest kiłą zakażony, a matka wolną od zmian, — działać na płód pośrednio t. j. poddać matkę energicznemu leczeniu, stosując rtęć w małych dawkach wewnętrznie czas dłuższy, czem ma się zapobiegać powikłaniom kiłowym podczas porodu i zakażeniu dziecka. (Pytanie jednak, czy w tych przyp. dziecko i bez leczenia nie byłoby zdrowe, bo dziedziczność kiły ojca bez zakażenia matki nie zupełnie jeszcze jest stwierdzona. Ref.). *F. K.*

H a i d o n t o f f *(Thèse de Paris* 1898) użył p r o t a r g o l u w rozcz. 1:1000 do przepłukiwań cewki mocz. sposobem Janeta przy różnych postaciach r z e ż ą c z k i i z wyniku był nader zadowolonym, twierdzi jednak, że przepłukiwać należy jeszcze tydzień po ustąpieniu wycieku i gonokoków. *F. K.*

Po ogłoszeniach Rosenbauma o n a f t a l a n i e liczba doświadczeń coraz więcej się wzmaga, a wyniki otrzymane są bardzo zachęcające. R., używając tego leku w zgorzelinie, przychodzi do przekonania, że jest on dobrym środkiem przeciwgnilnym. R o h l e d e r *(Mon. f. pr. Derm.* 1898) stosował go w wrzodach miękkich i stwardniałych prawie bez skutku; w rzeżączce wynik był bardzo słaby, lepszy jednak w zapaleniach przyjądrza i dymienicach, w których okazał się środkiem, przyspieszającym wchłanianie. W chorobach skórnych używał go autor z dobrym skutkiem w zastępstwie dziegciu lub ichtyolu, szczególnie w przypadkach wyprysku przewlekłego. Jako środka redukującego użyć go można w łuszczycy. W zapaleniach grucz. krokowego stosuje K o l l m a n n 20—25% czopki z naftalanu. — H i r s c h k o r n *(D. med. Woch.* 48. 1898) zachwala jego działanie w wypryskach ostrych z dużą wydzieliną, którą usuwa w 24—48 godz. Przytem podnosi jego własności kojące ból, przeciwzapalne i przeciwgnilne, czemu przypisuje tak szybkie jego działanie. (Na oddziele Prof. Zarewicza doświadczenia z naftalanem są również w toku. Rf.). *F. K.*

Kilka uwag w sprawie leczenia błonicy surowicą w Galicyi.

Do zabrania głosu w tylekroć omawianej już sprawie leczenia błonicy swoistą surowicą, dwa skłoniły mię powody: pierwszym z nich jest, iż zajmując się przeszło od lat czterech w szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie leczeniem wszystkich bez wyjątku przypadków błonicy i dławca błoniczego wyłącznie surowicą, doprowadziłem przy tej metodzie leczenia na dniu 6 lutego b. r. do poważnej, okrągłej cyfry 1000 chorych, a chwilę tę uważam za stosowną do przedłożenia w krótkości otrzymanych wyników Szanownym Czytelnikom *Przeglądu lekarskiego*. Drugim, może ważniejszym powodem, skłaniającym mię do zabrania głosu jest ta okoliczność, że ze sprawozdania urzędowego o chorobach zakaźnych, panujących w Austryi w roku 1897, dowiadujemy się, że wśród krajów państwa austryackiego, Galicya w leczeniu błonicy surowicą ostatnie zajmuje miejsce. Sprawa to zbyt ważna, by ją pominąć milczeniem i poczuwam się do obowiązku, jako kierownik kliniki chorób dzieci i dyrektor szpitala, sprawie tej poświęcić słów kilka, w celu podania bliższych wyjaśnień, moich na podstawie własnych doświadczeń o tym sposobie leczenia nabytych zapatrywań i przekonań.

I.

Gdy w roku 1894 najprzód Roux na zjeździe hygienicznym w Peszcie (początek września), a następnie Behring na kongresie lekarskim w Wiedniu (przy końcu września) okazali surowice wyrabiane w swych pracowniach bakteryologicznych, posiadające własności, chroniące zwierzęta od zabójczego wpływu toksyn błoniczych, rozpocząłem już w końcu października tegoż roku, podobnie, jak w wielu innych klinikach i szpitalach dzieci, doświadczenia i leczenia błonicy i dławca błoniczego tym nowym środkiem.

Naprzód w celu gruntownego zbadania sprawy, ścisłe badania kontrolujące nad działaniem surowicy na ustrój ludzki i zwierzęcy, przeprowadził ówczesny asystent kliniki pedyatrycznej Dr. Jan Raczyński, a wyniki tych badań, obok obserwacyi chorych na miejscu w szpitalu św. Ludwika, poparte jeszcze kontrolnemi doświadczeniami na świnkach morskich, dokonywanemi w pracowni hygienicznej prof. Dra Bujwida, ogłosił w *Przeglądzie lekarskim* z roku 1895 (Nr. 9, 10 i 11).

Po pięciomiesięcznem stosowaniu surowicy, gdy liczba tą metodą leczonych dosięgła stu przypadków, na podstawie własnego doświadczenia, wyniki moich spostrzeżeń przedłożyłem sam na posiedzeniu Tow. lek. krakowskiego dnia 3-go kwietnia 1895 r., wyrażając przekonanie, że surowica jest najskuteczniejszym z pomiędzy wszystkich obecnie znanych i do zwalczania błonicy używanych środków. Powyższy odczyt mój również ogłoszony został w *Przeglądzie lekarskim* z r. 1895 (Nr. 17, 18, 20 i 21).

Z końcem roku 1895, gdy liczba leczonych surowicą dosięgła 270 przypadków spisał jeszcze ówczesny sekundaryusz oddziału błoniczego, Dr. Wilhelm Słapa, szczegółowe sprawozdanie o wynikach leczenia, które również ogłoszone zostało w *Przeglądzie lekarskim* z r. 1896 (Nr. 15 i 16).

W mojem przekonaniu sprawa skuteczności surowicy w błonicy została już stanowczo rozstrzygniętą w ciągu roku 1895, a od początku roku 1896 okres doświadczeń w moim szpitalu przeszedł do okresu stałego leczenia surowicą wszystkich bez wyjątku chorych, nawiedzonych błonicą i dławcem błoniczym. Dzisiaj doszedłszy do liczby 1000 chorych, leczonych tą metodą, zapatrywań moich co do skuteczności surowicy powtarzać nie potrzebuję; stwierdzić jedynie mogę, że się one w niczem nie zmieniły.

Z tysiąca leczonych dzieci opuściło szpital 778, zmarło 222 = 22%. Wynik ten uważam stanowczo za korzystny, uwzględniając, że w okresie od 1880 do 1895 roku przed wprowadzeniem surowicy, leczono w szpitalu św. Ludwika na błonicę i krup błoniczy 1260 dzieci, a z tych zmarło 656, a więc 52%, względnie na 100 dzieci o 30% więcej. Równocześnie ze sprawozdania z chorób zakaźnych, panujących w r. 1897, ogłoszonego w *Oesterreichisches Sanitätswesen*, okazuje się, że w Galicyi na 3153 chorych, nawiedzonych błonicą zmarło 1133, t. j. 36%, a więc w obecnych stosunkach jeszcze o 14% więcej, niż w szpitalu św. Ludwika.

Przy wyłącznem leczeniu chorych surowicą, nasz odsetek śmiertelności 22%, w porównaniu z wynikami, jakie podaje w tym kierunku powyżej powołane sprawozdanie urzędowe, jest znów o wiele wyższy nad wyniki, jakie w ogólności otrzymano w innych krajach państwa austryackiego.

Śmiertelność bowiem przy wyłącznem leczeniu surowicą, waha się pomiędzy 11·7 a 25·3%. Nie należy jednak zapominać o tem, że wyniki leczenia podane w sprawozdaniu urzędowem, odnoszą się do wszystkich chorych, leczonych w poszczególnych krajach, a więc i do chorych z klas zamożniejszych, znajdujących się w warunkach korzystnych, w których zapewne po większej części surowicę stosowano zaraz w pierwszych dniach choroby. Tymczasem do szpitala św. Ludwika oddawano przeważnie najcięższe przypadki chorobowe, w późniejszych okresach i to nietylko z rozwiniętą błonicą, ale wśród groźnych objawów dławca błoniczego, czego najlepszym dowodem, że na 1000 chorych u 470 musiano w dniu przyjęcia dokonać intubacyi, aby uchronić ich od śmierci z uduszenia z powodu dławca. Większy więc procent śmiertelności nie na karb błonicy, lecz dławca przypisać należy. Dzieląc wszystkich chorych na dwie kategorye okazuje się, że z 470, nawiedzonych dławcem i wskutek tego intubowanych, zmarło 172, t. j. 36·5%, zaś z 530 dzieci, nawiedzonych tylko błonicą, u których właściwie na skuteczny wpływ surowicy można było liczyć, zmarło tylko 50, t. j. 9·4%. Z tego więc zestawienia okazuje się, że w szpitalu naszym przy leczeniu surowicą otrzymaliśmy w błonicy wyniki znakomite, a w dławcu błoniczym odsetek śmiertelności jest takim, jak go sprawozdanie urzędowe dla samej tylko błonicy w Galicyi zaznacza.

Z tysiąca chorych było dzieci z Krakowa 225, zamiejscowych 778. O ile dzieci krakowskie należały do klasy ubogich wyrobników i rzemieślników wyznania chrześcijańskiego, o tyle wśród zamiejscowych wyróżnia się znaczny zastęp dzieci izraelitów, które nietyle z błonicą, jak z dławcem błoniczym przywożono do Krakowa w celu intubacyi, z miejscowości, leżących na szlaku kolei Karola Ludwika, między Krakowem i Przemyślem.

Obok powyższych dat statystycznych nie mogę pominąć kilku szczegółów, odnoszących się do strony finansowej i nadzwyczajnych wydatków, jakimi wskutek wprowadzonego leczenia surowicą obciążony został budżet szpitala św. Ludwika.

Na początku ery seroterapeutycznej (r. 1894) nabywanie surowicy łączyło się z trudnościami. Jedynie dostępnem dla nas źródłem była fabryka Luciusa & Brüninga w Höchst n. M., gdzie według wskazówek Behringa przyrządzano ją na sprzedaż po cenie od 14 do 6 marek za flakon. Tej surowicy spotrzebowałem flakonów 39. Z początkiem roku 1895 uzyskałem za pośrednictwem bawiącego podówczas w Paryżu kolegi prof. Dra Karola Kleckiego dostawę surowicy z instytutu Pasteura, wyrabianej pod kierunkiem Dra Rouxa, po cenie podówczas bardzo umiarkowanej, 3 franki za flakonik. Surowicy tej spotrzebowałem 168 flakonów. Wśród tego można już było nabywać surowicę w zakładach, rozwijających się w państwie austryackiem, t. j. w instytucie rządowym w Wiedniu, w szpitalu Rudolfa, zostającym pod kierunkiem prof. Dra Paltaufa, jakoteż w zakładzie hygienicznym prof. Dra Bujwida w Krakowie. I dlatego w drugiej połowie roku 1895 zaprzestałem sprowadzać surowicę z Paryża, a zwróciłem się wyłącznie do używania surowicy, nabywanej naprzemian w dwóch powyżej podanych zakładach. W ten sposób w r. 1896 spotrzebowałem: surowicy Bujwida flakonów 152, a Paltaufa 158, razem 310. W celu wyrobienia sobie opinii o wartości surowicy tych dwu zakładów, posługiwałem się w r. 1897 wyłącznie surowicą Paltaufa, płacąc za jeden flakon po 1 złr. 40 ct. Ogółem w tym roku zużyto 360 flakonów. Chorych leczonych było 242, z tych wyzdrowiało 184 = 76%, zmarło 52 = 21·5%, pozostało z końcem roku 6 = 2·5%. W roku 1898 posługiwałem się znów wyłącznie surowicą wyrobu prof. Dra Bujwida, dostarczaną dla mojego szpitala po zniżonej cenie 80 ct. za flakonik. Zużyłem jej około 800 flakonów. Na 252 chorych, tą surowicą leczonych, opuściło szpital 190 = 75·4%, zmarło 54 = 21·4%, pozostało na rok następny 8 = 3·2%. Z powyższego zestawienia działania dwóch gatunków surowic okazuje się, iż przy obu niemal zupełnie równe otrzymałem wyniki. Z początkiem r. 1899 przyobiecał prof. Dr. Bujwid dostarczać dla oddziału dyfterytycznego przy szpitalu św. Ludwika surowicę po zniżonej cenie 50 ct. za flakonik, objętości 5 cm.^{3}, a o sile 1000 jednostek uodparniających.

Ogółem w okresie czteroletnim stosowania surowicy u tysiąca chorych spotrzebowałem 2253 flakonów, zakupionych za cenę 2518 złr. 25 ct.

Lecz nie na tem ograniczały się wydatki przy leczeniu surowicą. Wśród znacznego, ciągłego napływu chorych, widziałem się zmuszonym z początkiem roku 1895 do otwarcia przy szpitalu osobnego oddziału z liczbą 12 łóżek dla chorych z błonicą i dławcem, który od owego czasu stale jest zajęty, a nierzadko przepełniony. Do oddziału tego przydzielić musiałem osobnego sekundaryusza, z wynagrodzeniem rocznem 600 złr. w. a., do dozorowania chorych jednę Siostrę Miłosierdzia i do posługi jednę posługaczkę. Koszta utrzymania tego nadliczbowego personalu ponosi wyłącznie fundusz szpitalny, gdyż osobnego zasiłku na ten cel w ciągu ubiegłych 4 lat nie otrzymałem, z wyjątkiem zapomogi ze strony Wielkiego Wydziału Kasy Oszczędności miasta Krakowa, który specyalnie na zakupno i doświadczenia z surowicą udzielił mi w latach 1895 i 1896 po 300 złr. w. a., a w latach 1897 i 1898 po 200 złr. w. a. (d. n.)

Prof. Dr. Jakubowski.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Jak wiadomo, uchwaliły Izby lekarskie na wiecu swych wysłanników we Lwowie wnieść do rządu zbiorowe pismo, przedstawiające przyczyny, dla których usiłowania Izb dotąd są prawie bezowocne i żądające pomocy ze strony władz. Zarys tego pisma, przedłożony wszystkim Izbom z początkiem b. r. do zatwierdzenia, przedstawia się w streszczeniu w sposób następujący:

Dotychczasowa działalność Izb stwierdziła napewno to, co już dawniej odczuwać się dawało, mianowicie postępujący upadek stanu lekarskiego, wywołany głównie coraz trudniejszymi warunkami materyalnymi w całem społeczeństwie. Stan lekarski cierpi pod tym względem więcej, niż inne stany, wskutek całego szeregu przyczyn. Jedną z nich jest wybujanie nad wszelką miarę partactwa lekarskiego. Dalszą jest zbyt wielki przyrost lekarzy, czego dowodzi gwałtownie rosnąca liczba słuchaczy wydziałów lekarskich austryackich, która z 2388 w roku 1881/2 wzrosła na 6439 w r. 1890/1, a zatem potroiła się, a jeszcze w r. 1896/7, pomimo znacznego spadku, wynosiła jednak 4728, czyli dwukrotnie więcej, niż przed laty 14. Roczny przyrost lekarzy dochodził w tem piętnastoleciu nieraz 13—15%. — Inną przyczyną upadku stanu lekarskiego jest to, że młodzi lekarze wstępują w życie bez właściwego przygotowania do walki o byt, którego w innych zawodach nabywa się w czasie praktyki pod okiem starszych kolegów w zawodzie. Stąd zdarzają się między lekarzami ludzie zgorzkniali, skryci, widzący wroga w każdym koledze; stąd nierządkie są przypadki, że lekarze, którzy nie mieli od kogo nauczyć się gospodarki, w sile lat cieszą się wielką i popłatną praktyką, a na starość przymierają nieraz z głodu i po swej śmierci zostawiają rodzinę w nędzy. — Wielką rolę w upadku stanu lekarskiego odgrywa brak organizacyi, której aż do niedawna wcale nie było. Wszystkie stany skupiły się tymczasem i związały w gromady społeczne, aby ułatwić byt jednostkom; tylko lekarze szli każdy na swoją rękę, nic więc dziwnego, że cały stan został powoli politycznie, ekonomicznie i społecznie zepchnięty na plan drugi, a jeżeli zdarzyło się, że lekarzy wybierano do ciał reprezentacyjnych, to tylko tam, gdzie zapominano o ich zawodzie i gdzie oni sami o nim zapominali. Stąd poszło, że kasy chorych bez oporu uciskają stan lekarski i dyktują lekarzom takie prawa, jakichby sobie żaden członek

kasy dyktować nie pozwolił. — Dalsze złe leży w nędznych wynagrodzeniach lekarzy urzędowych (gminnych, okręgowych) i w nadmiernych obowiązkach, nałożonych na nich, bez przyznania stosownych praw. Czynnikiem ujemnym są również urągające wszelkim pojęciom słuszności haniebnie niskie wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie. Oprócz tego ciąży na stanie lekarskim ustawowy przymus wykonywania zawodu, tem niesprawiedliwszy, że partacze lekarscy cieszą się względną opieką prawa i odpowiadają tylko za partactwo, wykonywane jako stały sposób zarobkowania.

Najcięższy jednak cios zadano lekarzom w Austryi przez złe ustawodawstwo, dotyczące zabezpieczenia chorych. Otwarto szerokie pole nadużyciom, stawiając ponad lekarzami zarządy kas, którym, ze względu na ich skład, należy odmówić wszelkiego uzdolnienia do oceny czynności lekarskich, które zbyt łatwo mają prawo zmieniać lekarzy kas i przez swoje postępowanie wpłynęły niewątpliwie wysoce demoralizująco na lekarzy, a stanowi całemu już wyrządziły i wyrządzają niesłychane szkody i krzywdy. To złe zamiast się pomniejszać, zwiększa się przez wciągnięcie do kas chorych coraz szerszych, nieraz bardzo zamożnych, warstw ludności, stanowiących dotychczas w wielu miejscowościach jedyne źródło utrzymania lekarza (kasy majstrów). Co gorsza i do uwierzenia trudna, to plan utworzenia kas urzędników państwowych na tych samych zasadach, na których oparto kasy robotnicze; gdyby to istotnie spełnić się miało, w takim razie ustałoby wogóle zarobkowanie lekarskie (t. zw. wolna praktyka) i stan lekarski musiałby zniknąć zupełnie, — chyba, żeby go upaństwowiono. — W końcu nie małoważną przyczyną upadku stanu lekarskiego w Austryi jest lekceważenie tego stanu przez państwo, objawiające się aż nazbyt wyraźnie na wielu polach. — Zważywszy to wszystko, nie można się dziwić, że stan lekarski istotnie szybko upada i to nietylko materyalnie, lecz także pod względem etycznym.

Dotychczasowe doświadczenie Izb lekarskich poucza, że ustawa, powołująca je do życia, była w wielu szczegółach nieodpowiednia lub wprost zła i potrzebuje wielu zmian, jeżeli Izby mają być tem, czem być powinny, to jest silnem przedstawicielstwem i władzą stanową. Izby lekarskie mają zamało władzy wykonawczej; rady honorowe mają skład niewłaściwy, a prawa zbyt ograniczone; wpływ Izb na stosunki sanitarne i na lekarzy ograniczono do zera prawie; powagę Izb osłabiono przez wyjęcie z pod ich władzy dwóch bardzo ważnych kategoryi lekarzy, którym jednak nie wzbroniono praktyki. Kary dyscyplinarne, jakiemi Izby rozporządzają, są zamałe, aby mogły wywrzeć skutek pożądany; odwoływanie się do władz politycznych najczęściej pozostaje bezowocne. Jak mało ustawa zapewnia Izbom podstaw do działania, dowodzi to, że nie określa ona nigdzie pojęcia „lekarz« i „praktyka lekarska“, wskutek czego cały szereg lekarzy uchyla się od obowiązku należenia do Izb. Oczywiście większą jeszcze szkodę wyrządziło Izbom wyjęcie z pod ich władzy lekarzy wojskowych i rządowych.

Pomijając te zasadnicze braki samej ustawy o Izbach lekarskich, natrafiły Izby odrazu na wielkie trudności ze strony pewnej części lekarzy, która od początku wrogo przeciw Izbom wystąpiła, i drugiej, która zachowała się obojętnie.

Niestety jednak natrafiły Izby w swojem działaniu na jeden jeszcze, zgoła niespodziewany, czynnik, który działalność ich tamował, utrudniał, istniejące trudności powiększał; tento czynnik w znacznej części ponosi winę, że wysilona, poważna i uczciwa praca Izb tak mało dotąd wydała owoców, że opór i nieprzyjaźń dla Izb zdaje się statecznie wzrastać, a członków Izb ogarnia coraz większe rozgoryczenie i zniechęcenie. Czynnikiem tym jest sam rząd, jest zachowanie się władz wobec Izb.

Że tak jest, dowodzą następujące n. p. okoliczności: od wydania ustaw o Izbach do wprowadzenia tych ustaw w życie upłynął przeszło rok; utworzenie Izb samych wlokło się niesłychanie, a w Dalmacyi dotychczas rząd Izb nie utworzył. Zatwierdzenie regulaminów Izb trwało po 3 lata i więcej! Mnóstwo przedstawień, wniesionych przez Izby do rządu, albo spotkało się z odmową, albo z załatwieniem bardzo niedostatecznem, lub do dziś dnia czeka odpowiedzi. Zestawienie tych wszystkich wniosków dowodzi, jak żywy ruch rozwinęły Izby lekarskie od początku swego istnienia i wykazuje, że uczyniły one wszystko, co do nich należało, ale nie ich winą jest słaby wynik tych zabiegów. Wynika z tego zestawienia także, że władze polityczne krajowe załatwiły korzystnie więcej spraw im przedstawionych, niż ministerya, o których wcale nie można powiedzieć, aby okazywały zrozumienie interesów Izb i życzliwość dla ich działania. Zdawaćby się mogło, że ministerya zazdrosnem okiem patrzą na Izby i wszelkiemi siłami starają się ich prawa i wpływ ograniczać, a czynnościom przeszkadzać. Wielce zaszkodziło Izbom, względnie radom honorowym zachowanie się władz przy załatwianiu rekursów przeciw wyrokom Izb, niejednokrotnie bowiem odnieść było można wrażenie, że władze uważają sobie za obowiązek brać lekarzy w obronę przed Izbami. A już zasadniczo nieprzyjazne wobec Izb zdawało się być stanowisko władz we wszystkich sprawach, dotyczących kas chorych i zakładów ubezpieczenia robotników.

Wydany w ostatnich czasach wyrok najwyższego trybunału odejmuje tym lekarzom, którzy udzielają pomocy lekarskiej członkom kas chorych przypadkowo, nie będąc lekarzami kasy, prawie wszelką nadzieję, aby pomoc ta była wogóle wynagradzaną i rzuca światło na jednostronność ustawy o kasach chorych, pomijającej najzupełniej interesa materyalne lekarzy. Jestto jaskrawa niesprawiedliwość, która musi wywołać nieustanne zażalenia ze strony lekarzy, póki nie będzie usuniętą. Niezliczone podania Izb lekarskich (i dawniejsze Towarzystw lek.) o uregulowanie wynagrodzenia za czynności sądowolekarskie są z dziwną wytrwałością pomijane przez rząd grobowem milczeniem. — Prośby o uwolnienie lekarzy od podatku zarobkowego pozostały bezowocne. Nawet takie sprawy, które Izby poruszyły ze względu na dobro społeczne, sprawy zupełnie nie związane z interesami bezpośredniemi stanu lekarskiego, jak podania o obniżenie cen surowicy przeciwbłoniczej — pozostały nieuwzględnione lub bez odpowiedzi. — Rozporządzenia rządowe, dotyczące ogółu lekarzy, wychodzą i rozchodzą się poza plecami Izb, tak, jakby rząd chciał naocznie lekarzom dowieść, że Izby są najzupełniej zbyteczne. — Nieunikniona reforma studyów lekarskich, o którą Izby wytrwale kołatały, nie posunęła się ani na krok naprzód.

Ale jedno jeszcze smutne doświadczenie zapisać muszą Izby; oto, że nietylko rząd, lecz i koła parlamentarne austryackie są dla lekarzy usposobione nieżyczliwie. Żadna z petycyi, wniesionych do obu Izb parlamentu nie została uwzględnioną; nie lepiej dzieje się w większości sejmów krajowych.

W ten sposób stwierdzają Izby, że stan lekarski, niegdyś tak poważany, dziś traci źródła utrzymania materyalnego, chwieje się w swych etycznych zasadach i zewsząd otoczony nieprzyjaciółmi, nie posiadający silnej spójności, za słabo popierany przez rząd, pomijany przez parlament i sejmy, chyli się do upadku. Stan ten musi się zmienić, jeśli lekarze mają dobrze wypełniać wysokie zadania swego zawodu. Zdrowie i pomyślność społeczeństwa spoczywa na barkach lekarzy, którzy muszą czuwać nad stanem zdrowotnym jednostek, jak i całego społeczeństwa. Zadaniom tym podołać może stan lekarski tylko wtedy, jeśli znaczenie jego należycie oceniać będą zarówno jednostki, jak państwo. Do obowiązków państwa należy — stan, zajmujący tak ważne stanowisko w społeczeństwie i obarczony tak ciężkiem zadaniem, uchronić od upadku i przywrócić mu dawne znaczenie i poważanie. Środki do tego celu wiodące, są jasne i proste, a chociaż Izby uznają, że wszystkie te środki naraz wykonać się nie dadzą, to jednak trudno zaprzeczyć, że wiele z nich da się zastósować niezwłocznie i z łatwością, byleby rząd okazał w tym kierunku nieco dobrej woli.

Izby zwracają się więc do rządu o uwzględnienie następujących żądań: 1) rząd zechce większą, niż dotąd, opieką

otaczać stan lekarski i usunąć wszystkie czynniki, interesom stanu wprost szkodliwe; 2) partactwo lekarskie zwalczać należy wszystkimi możliwymi środkami; 3) konieczną jest jak najszybsza reforma ustawy o kasach chorych i ubezpieczeniach robotników, — uwzględniająca interesa lekarzy; 4) niezbędną jest rzeczą, aby taksy sądowo-lekarskie nareszcie odpowiednio uregulowane zostały; 5) należy znieść ustawowy przymus lekarski; 6) prawa sanitarne powinny uledz zmianom w kierunku sprawy zwalczania chorób nagminnych i stanowiska lekarzy w państwie; 7) konieczną jest reforma studyów i egzaminów lekarskich; 8) a najpilniejszem jest wyposażenie Izb w większą władzę wykonawczą i zapewnienie im większego wpływu przez odpowiednie zmiany w ustawie i silniejsze, niż dotąd, poparcie ich dążeń przez władze.

C.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 2 marca 1899 r.

Redaktor główny *Przeglądu lekarskiego* Dr. A. Kwaśnicki obejmuje z następnym numerem napowrót swoje urzędowanie.

— We Środę dnia 1-go b. m. odbyło się posiedzenie Tow. lek. krak., na którem kol. Lewkowicz mówił: »O wrodzonych wadach pępka« i przedstawił odpowiedni przypadek, a kol. Bier mówił: »O nowych sposobach odkażania przestrzeni« i przedstawił służące do tego przyrządy. W rozprawach przemawiali koll. Bądzyński, Bujwid, Ciechanowski, Jakubowski, Kostanecki i Kryński.

— Walne Zgromadzenie Delegatów Towarzystwa lekarzy galic. wybrało w dniu 24 lutego b r. Radę Zawiadowczą Towarzystwa w następującym składzie: prezes Dr. Józef Merunowicz, zastępca prezesa Dr. Wiktor Opolski. sekretarz Dr. Karol Gołębiowski, skarbnik Dr Erard G. Festenburg, członkowie Rady: Dr. Michał Świątkiewicz, Dr. Czesław Uhma, Dr. Kazimierz Zgórski.

W. Pan Dr. Jan Rosner ze Lwowa darował do funduszu wdów i sierót po lekarzach, zostającego w zarządzie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, kwotę 450 zlr. w. a., jako honoraryum lekarskie, uzyskane drogą sądową od WP. S. G. Jeszcze w październiku 1898 roku, kiedy wynik ostateczny procesu nie był znany, zobowiązał się WP. Dr Jan Rosner cały dochód, jakiby mu Sąd przyznał, po strąceniu kosztów procesu, oddać na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach z zapewnieniem, że w razie niepomyślnego wyniku procesu, on sam pokryje wszelkie koszta procesu z własnych funduszów.

Za ten hojny dar składa Tow. lekarzy galicyjskich WP. Drowi Janowi Rosnerowi najszczersze podziękowanie.

Lwów, dnia 19 lutego 1899.

Prezes: *Dr. Merunowicz.*

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego przyznał w dniu 17 lutego b. r. nagrody konkursowe z fundacyi ś. p. protomedyka Dra Jakubowskiego: doc. Drowi L. Korczyńskiemu za pracę p. t. „Pogląd na rozwój balneologii krajowej w ostatnich latach“ i Drowi Ks. Lewkowiczowi za pracę: „O pasorzytach zimniczych“, a z fundacyi Niewiadomego: słuch. med. p. St. Gólskiemu za pracę o *ciania intestinolis* Drowi N. Kostaneckiemu za pracę: „O własnościach bakteryobójczych surowicy różnych zwierząt“ i Drowi J. Lembergerowi za pracę „O wodach studziennych krakowskich“.

— Na uzdrowiska dla suchotników zebrało warszawskie Tow. higieniczne dotąd 6000 rubli. Nadto inżynier Skibiński ofiarował 15 morgów lasu w Gródku (blisko kolei nadwiślańskiej) pod uzdrowisko; na budowę tego zakładu, gdyby przyszła do skutku, oświadczyli gotowość złożyć: adwokat Rotwand 3000, a Dr. Chrostowski 5000 rbs.

— »Kronika lekarska« w ostatnim (4) zeszycie zauważa, że ogół lekarski obojętnieje coraz więcej na sprawy ogólniejszego znaczenia, czego najwymowniejszym dowodem jest prasa lekarska. Pismom naszym nie tylko nie przybywa czytelników, co dałoby się wytłómaczyć coraz cięższymi warunkami bytu lekarzy, ale także piszących wielu ubywa, a mało widać następców. »Jeżeli stale nie będą przybywać nowi pracownicy« — pyta »Kronika« — »cóż stanie się z naszem piśmiennictwem, co stanie się z naszym językiem naukowym?« Uwagi te, skierowane do młodszych kolegów za kordonem, których »Kronika« zachęca do pracy piśmienniczej, możnaby poniekąd zastosować i do galicyjskich stosunków. To też przyłączyć się należy do życzeń »Kroniki«: — »aby ci, w których ręku leży przyszłość tak świetnie rozwijającego się do niedawna piśmiennictwa lekarskiego, przyłożyli starań, by jeszcze świetniejszymi otoczyć je blaski“.

— Lekarze, pracujący na klinikach w Halle n/S. uchwalili ogromną większością zaprotestować przeciw udziałowi kobiet w nauce klinicznej.

* Jak się dowiadujemy, druk podręcznika medycyny sądowej Prof. Dra Wachholza jest prawie na ukończeniu tak, iż dzieło to z początkiem kwietnia znajdzie się już na półkach księgarskich. Podręcznik ten, którego potrzeba tak dotkliwie uczuwać się dawała, wyczerpuje przedmiot w całości, obejmując równocześnie psychopatologię sądową. Uwagi tyczące się sposobów dokonywania oględzin sądowo-lekarskich i wydawania orzeczeń, liczne szematy i wzory protokołów oględzin i orzeczeń będą wielkiem ułatwieniem dla lekarzy, wykonujących praktykę sądowo-lekarską. Wobec tego zaś, że podręcznik uwzględnia w równej mierze ustawodawstwa austryackie, niemieckie i rosyjskie, należy się spodziewać, że rozejdzie się on w krótkim przeciągu czasu między kolegami z pod wszystkich trzech zaborów.

Mianowania: Dr. Lubliner ordynatorem oddziału chorób gardła, nosa i krtani w szpitalu starozakonnych w Warszawie; Dr. Woodhead mianowany profesorem patologii w Cambridge na miejsce zmarłego Kanthaka.

Zmarli: D. 25/2 zmarł w Kętach Dr. Ferdynand Długołęcki, lekarz miejski, w 68 roku życia, w 41 r. zawodu lekarskiego. Zmarły był wzorem pilnego lekarza: do końca życia szedł z młodzieńczym zapałem z postępem wiedzy i chętnie dzielił się bogatemi swemi wiadomościami z młodszymi kolegami, służąc im i żywem słowem i niezwykle na nasze stosunki dobrze zaopatrzonym księgozbiorem. Cieszył się ogólnem uznaniem i przywiązaniem ludności, wśród której tyle lat z poświęceniem pracował. Jeżeli materyalne skutki pracy nie pozostają do jej długości i natężenia w żadnym stosunku, to przyczyną tego były obok niezbyt korzystnych warunków miejscowych, szlachetność i bezinteresowność zmarłego, przejętego litością i miłosierdziem dla ubogiej ludności góralskiej i wysoko pojmującego swoje powołanie.

Cześć pamięci zacnego człowieka i nieodżałowanego kolegi!

Dr. Maciej Kwieciński.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 7 nie otrzymaliśmy). Nr. 8: Dr. Łapiński: Ortopedyczno-chirurgiczne leczenie choroby Littlea. Dr. Kossakowski: Rumień lombardzki (c. d.). Dr. E Bernhard: Przypadek tężca noworodków z pomyślnem zejściem oraz kilka uwag odnośnie do etyologii i istoty tego cierpienia. W *Medycynie* Nr. 8: K. Zaleski: Przypadek nowotworu w spoidle wielkiem. F. Sachs: O przyczynach powstawania duszności w przebiegu dławca, oraz kilka uwag o leczeniu dławca. W *Kronice Lekarskiej* Z. 4: Dr. H. Higier: W kwestyi chorób rodzinnych nerwu wzrokowego. Dr. F. Giedroyć: Mór w Polsce.

Redakcya otrzymała:

— Dr. J. Pawiński: »O samopomocy organizmu w duszności bolesnej«. Warszawa, 1899. Odbitka.

— Likarskij Zbirnik (wydawany przez Tow. im. Szewczenki) Tom I. Zesz. 2. Lwów, 1898 (zawiera prace: Sielskiego, Ozarkiewicza, Dakury, Sołowija i Dolińskiego).

— VIII. Sprawozdanie krakowskiego ochotniczego Towarzystwa ratunkowego za r. 1898.

— Plato s. Reussner: Samouczek polsko-francuski. Wypisy Zeszyt I.

Odpowiedzi od Redakcyi. Kol. Lesnobrodzkiemu w Wydrance. Czas jest stósowny, a trudności nie ma żadnych.

We Wtorek dnia 7 Marca 1899 r., odbędzie się **o godzinie 6-tej** wieczorem w sali wykładowej kliniki lekarskiej Zgromadzenie ogólne Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, na które Szanownych Członków i Prenumeratorów zapraszam.

Prof. Dr. Edward Korczyński.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 5791/99.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państw. z siedzibą *w Tarnowie* ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Tarnowie przydzieloną jest przestrzeń od kilometra 59·3 do kilometra 93·4 na linii Kraków-Podwołoczyska i od kilometra 0·0 do kilometra 0·47 na linii Tarnów-Orło, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Biadoliny, Bogumiłowice, Tarnów i Wola Rzędzińska. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jako też wykonania innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 800 złr. i 120 złr. ryczałtu na dorożki rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym.

Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy najdalej do końca lutego 1899 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgnąć można.

Posada powyższa obsadzoną będzie od 1 maja 1899 r.

Kraków, dnia 7 lutego 1899.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

L. 4545/90.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych z siedzibą *w Węgierskiej Górce* lub też ewentualnie *w Milówce* ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Węgierskiej Górce przydzielona jest przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 28·0 na linii Zwardoń-Nowy Sącz, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Zwardoń, Sól, Raycza, Milówka i Węgierska Górka. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków Kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 600 złr. rocznie.

O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy najdalej do końca lutego 1899 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (Oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgać można.

Posada powyższa obsadzoną będzie od dnia 1-go kwietnia 1899 roku.

Kraków, dnia 6-go lutego 1899.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego